



Nr 12/2016-1/2017 (317-318) grudzień 2016 - styczeń 2017

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



MILCZENIE NA WAGĘ ZŁOTA

Tajemnica lekarska po nowelizacji

s. 4-23



TOYOTA

WAŁBRZYCH
&
BIELANY WROCŁAWSKIE

WYPRZEDAŻ

rocznika 2016



Toyota Nowakowski - Wałbrzych i Bielany Wrocławskie
do cen wyprzedażowych otrzymasz
4. rok GWARANCJI
z INNOWACYJNYM PROGRAMEM OPIEKI SERWISOWEJ
szczegóły w salonach

Toyota Wałbrzych Nowakowski
ul. Uczniowska 21, Wałbrzych
Tel: 74 648 17 00

Toyota Bielany Nowakowski
ul. Czekoladowa 10, Bielany Wrocławskie
Tel: 71 799 60 60

www.ToyotaNowakowski.pl

SPIS TREŚCI

MILCZENIE NA WAGĘ ŻŁOTA

- 4** **Problematyka prawna tajemnicy zawodowej lekarskiej** Małgorzata Paszkowska
- 9** **Czy tajemnica lekarska jest jeszcze tajemnicą i czy jeszcze lekarską?** Jarosław Barański
- 12** **Czy godność lekarską można penalizować?** Andrzej Wojnar
- 14** **Facebook – zagrożenia dla lekarza?** Justyna Niebieszczańska
- 18** **Lekarz w Internecie. Jak budować spójny i profesjonalny wizerunek** Izabela Wołyniec-Sobczak
- 21** **Lekarz w sieci. Co wolno, a czego nie wolno z punktu widzenia prawa?** Łukasz Goździaszek

WYWIAD „MEDIUM”

- 26** **Farmacja „umedyczniona” – cienie i blaski**
Rozmowa z prof. J. Plutą i mgr. farm. P. Łukasimskim
- 30** **Dentysta – lekarz, rzemieślnik i polityk**
Rozmowa z lek. dent. Piotrem Laską

Wydarzyło się

TECHNOLOGIA W MEDYCYNIE

- 37** **Szlachetne zdrowie w krainie mobilności**
Mariusz Kielar

PRAWO A MEDYCYNĄ

- 40** **Prawo na co dzień**
Beata Kozyra-Łukasiak

Nasi stomatolodzy

Kursy

Uchwały DRL i Prezydium DRL

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

Konferencje i szkolenia stomatologiczne

Konferencje i szkolenia

Felietony

Pro memoria

Wspomnienia pośmiertne

Ogłoszenia

32

45

49

50

51

52

53

55

56

57

58

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/question-1500082/geralt, www.pixabay.com/photos/ache-19005/Public-Domain-Pictures

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba, Andrzej Kierzek, Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 7 grudnia 2016 r.

Druk: GREG PRINT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k., ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum PW

Choć zwyczajowo relacjonuję w tym miejscu wydarzenia z minionego miesiąca, nie sposób tym razem nie cofnąć się do października. Albowiem już po oddaniu materiałów do druku, w dniach 21-22 wspomnianego miesiąca, delegacja Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej gościła w Dreźnie na zaproszenie zaprzyjaźnionej Saksońskiej Izby Lekarskiej. Było

to kolejne planowe spotkanie robocze w ramach naszej wieloletniej współpracy. Wymieniliśmy się naszymi doświadczeniami w zakresie odpowiedzialności zawodowej, kształcenia i badań naukowych; mieliśmy okazję usłyszeć, jak saksońscy lekarze poradzi sobie z problemami medycznymi islamskich imigrantów. Naszych gospodarzy szczególnie interesowała oczywiście sytuacja polityczna w Polsce w kontekście planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia – wymiana doświadczeń potwierdziła starą prawdę, że nie ma doskonałych rozwiązań w tej sferze. Kolejne spotkanie w przyszłym roku we Wrocławiu.

Listopad rozpoczął się od zaduszkowej zadumy, symbolicznie odwiedziłem groby naszych nauczycieli na cmentarzu przy ulicy Bujwida, a trzy dni później, na kolejnym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie omawiano już dwie ważne kwestie: w obecności zastępcy głównego inspektora sanitarnego dr. Grzegorza Hudzika kryzys w szczepieniach i nowelizację ustawy o państwowym ratownictwie medycznym z udziałem podsekretarza stanu dr. Marka Tombarkiewicza. Tak się dziwnie złożyło, że w noc poprzedzającą Radę Telewizja Polska wyemitowała program pt. „Szeptem”, jawnie propagujący ruch... antyszczepionkowy. Wygląda na to, że z koordynacją działań instytucji bądź co bądź publicznych i agend rządowych obecna władza sobie nie radzi... Nie lepiej poszło ministrowi Tombarkiewiczowi: uwag krytycznych co do procedowanej ustawy było tyle, że właściwie powinno się ją napisać od nowa. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej miałem okazję zaprezentować także we Wrocławiu 10 listopada na posiedzeniu Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Dostępne jest ono dla zainteresowanych na stronach „Gazety Lekarskiej”.

Kolejnym ważnym wydarzeniem listopada było jubileuszowe piąte spotkanie Prezydium Dolnośląskiej, Śląskiej, Krakowskiej i Łódzkiej Izby Lekarskiej. Gościliśmy także delegację Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie na czele z jej prezesem dr. Wojciechem Domką. Miejszem obrad był zamek Kliczków, a tematyka wykładów w konwencji dyskusji panelowej objęła najważniejsze aktualnie problemy, z jakimi boryka się nasze środowisko. Żywe zainteresowanie wzbudził już pierwszy z nich, moderowany przez wiceprezesa DRL dr. Ryszarda Kępę, który przedstawił główne założenia planowanej przez obecny rząd reformy systemu ochrony zdrowia. Wątpliwości i krytycznych uwag było wiele – wszystko wskazuje na to, że okres „ochronny” dla naszego w końcu ministra powoli się kończy i czas na jakieś konkretne efekty jego działań. Harmonogram wprowadzania zmian jest znany, ale im bliżej tego momentu tym więcej obaw. Kolejnym tematem, budzącym od jakiegoś czasu gorące emocje, jest pomysł umożliwienia izbom lekarskim pełnienia funkcji tzw. „biegłego instytucjonalnego”. Zrodził się on już jakiś czas temu z inicjatywy Stowarzyszenia Prokuratorów RP, niejako w odpowiedzi na tworzenie przy prokuraturach specjalnych komórek zajmujących się błędami lekarskimi. Według tego pomysłu okręgowe izby lekarskie miałyby zajmować się organizacją orzecznictwa sądowego w podobny sposób, w jaki robią to teraz np. zakłady medycyny sądowej. Prokuratorzy zwracają uwagę na dramatyczny niedobór biegłych i niską jakość opinii sądowo-lekarskich, podczas gdy ilość spraw przeciwko lekarzom lawinowo rośnie. Początkowy entuzjazm wobec tej inicjatywy, jaki wyczuwało się ze strony niektórych prezesów izb na spotkaniach w Warszawie, stopniowo jednak topnieje, a kliczkowskie posiedzenie wykazało, że w gronie naszych zaprzyjaźnionych izb zdanie jest spójne: izby nie powinny podejmować takiej działalności nie tylko ze względów wizerunkowych, ale i z praktycznych: biegły z definicji jest niezawisły, więc nie można go kontrolować ani na niego wpływać, zaś każda pozytywna dla lekarza opinia byłaby kontestowana jako stronnictwa. Ale oczywiście od tematu nie można uciekać – niemal jednomyślnie uznano, że konieczne jest przede wszystkim zorganizowanie odpowiedniego systemu szkoleń w tej dyscyplinie. W Kliczkowie dyskutowano także o problemach w zakresie kształcenia podyplomowego, o autonomii lekarzy dentystów we wspólnym samorządzie, zaś wszystkie poruszane kwestie podsumowano w specjalnym stanowisku, z którym możecie się zapoznać na naszej stronie internetowej i w tym numerze „Medium”.

Listopad zakończył się miłym akcentem: uroczystym otwarciem świeżo odremontowanej sali wykładowej w starej siedzibie DIL przy al. Matejki 6. Relacja w dalszej części numeru.

P. Wojnar



DR ADW. MAŁGORZATA PASZKOWSKA

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSliZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzenie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla pracowników pomocy społecznej).

Lekarz (...) jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska, wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy, może też określić zakres jej ujawnienia. Powyższego zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie można zastosować, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska. Wyżej wskazane regulacje prawne, dotyczące osoby bliskiej jako dysponenta prawa do ujawnienia tajemnicy, są nowe, obowiązują bowiem dopiero od 5 sierpnia 2016 r.

Zgoda pacjenta na udzielanie informacji o stanie jego zdrowia innym osobom ma w praktyce zazwyczaj postać upoważnienia zawartego w dokumentacji medycznej, ale również może być wyrażona ustnie bezpośrednio wobec lekarza. To lekarz powinien dołożyć należytej staranności w ustaleniu, czy udziela informacji osobie uprawnionej. Udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie nieuprawnionej, np. dziennikarzowi, stanowić będzie klasyczny przykład naruszenia/złamania tajemnicy lekarskiej.

PROBLEMATYKA PRAWNA TAJEMNICY ZAWODOWEJ LEKARSKIEJ

Tekst Małgorzata Paszkowska

Instytucja tajemnicy zawodowej personelu medycznego jest fundamentem relacji między pacjentem a osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych, w tym także relacji pacjent – lekarz. W polskim systemie prawnym, obok instytucji prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, funkcjonują osobne tajemnice dotyczące poszczególnych zawodów medycznych, unormowane w ustawach szczegółowych dotyczących zasad wykonywania danego zawodu (pragmatykach zawodowych). Pojęcie tajemnicy zawodowej jest najczęściej rozumiane jako tajemnica obejmująca oznaczony zakres informacji poufnych wobec osób postronnych, związana z wykonywaniem określonej profesji. Tajemnica obejmuje informacje, których ujawnienie osobom nieuprawnionym jest zakazane.

Jednym z rodzajów tajemnicy zawodowej jest tajemnica lekarska. Instytucja tajemnicy zawodowej lekarskiej ma długą historię i silną tradycję. Obowiązek przestrzegania tajemnicy lekarskiej ma nie tylko prawny, ale i etyczny charakter (art. 23-29 KEL). Obowiązek powyższy obejmuje wszystkie informacje związane z pacjentem, jakie lekarz uzyskał w związku z wykonywaniem zawodu. Lekarz jest powiernikiem danych wrażliwych. Dane medyczne pacjenta co do zasady powinny być sprawą poufną. Tajemnica lekarska nie ma jednak charakteru bezwzględnego. Naruszenie tajemnicy lekarskiej bez spełnienia przesłanek prawem określonych może skutkować odpowiedzialnością prawną lekarza.



Podstawy prawne i zakres tajemnicy lekarskiej

Kwestia tajemnicy zawodowej personelu medycznego, w tym także lekarzy, uregulowana jest generalnie w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w skrócie u.p.p.). Zgodnie z powyższą ustawą pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 u.p.p.). W celu realizacji powyższego prawa osoby wykonujące zawód medyczny (w tym lekarze) są zobowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Powyższej zasady (obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej) nie stosuje się, w przypadku gdy:

1. tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
2. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
3. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
4. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Osoby wykonujące zawód medyczny (za wyjątkiem przypadków, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustaw oraz zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, a także gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy) są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Powyższego zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska. Któż to jest osoba bliska? Zgodnie z definicją ustawową (art. 3 u.p.p.) określenie osoba bliska oznacza: małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Ustawodawca przyjął bardzo szeroką podmiotowo definicję osoby bliskiej i tym samym szeroki jest krąg osób mogących ingerować w zwolnienie lekarza z tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta.

Podkreślić należy, że prawo do tajemnicy nie ma charakteru bezwzględnie. Zwalnia z tego obowiązku zgoda samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a ponadto zwolnienie następuje w innych sytuacjach określonych ustawowo.

Bezpośrednio kwestia tajemnicy lekarskiej uregulowana jest w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (w skrócie u.z.l.). Zgodnie bowiem z art. 40 u.z.l. lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Jednakże przedmiotowa zasada (obowiązek) nie ma zastosowania gdy:

1. tak stanowią ustawy (np. art. 180 k.p.k.);
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pa-

ciencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W sytuacjach powyższych (poza zgodą pacjenta) ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji natomiast, gdy tajemnicę uchyla zgoda pacjenta, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Lekarz (z zastrzeżeniem sytuacji wyżej określonych w pkt. 1-5) jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska, wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy, może też określić zakres jej ujawnienia. Powyższego zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie można zastosować, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska. Wyżej wskazane regulacje prawne, dotyczące osoby bliskiej jako dysponenta prawa do ujawnienia tajemnicy, są nowe, obowiązują bowiem dopiero od 5 sierpnia 2016 r. Reasumując, po nowelizacji przepisów osoba bliska może wyrazić zgodę lekarzowi na ujawnienie tajemnicy zawodowej po śmierci pacjenta, a także określić zakres jej ujawnienia. Jednocześnie inna osoba bliska może się temu sprzeciwić, a wówczas zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie można zastosować.

Tajemnicą lekarską objęte są dane pacjenta, które mogą ułatwić jego identyfikację na forum publicznym. Bowiem zgodnie z u.z.l. lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Zakresem tajemnicy powinno być objęte wszystko to, co bezpośrednio (od samego pacjenta) i pośrednio lekarz dowiedział się o pacjencie w związku z udzielaniem mu świadczeń zdrowotnych. Tajemnica obejmuje wyniki badania zarówno podmiotowego, jak i przedmiotowego pacjenta, a także dodatkowe obserwacje własne lekarza dotyczące wyglądu czy zachowania pacjenta (np. związane z nadużywaniem alkoholu przez pacjenta, pobudzeniem psychoruchowym), wyniki zleconych lub dostarczonych badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich. Tajemnica dotyczy nie tylko aktualnego schorzenia, ale obejmuje również wcześniejsze lub współistniejące schorzenia, hospitalizacje, przyjmowane leki itp.

Tajemnica obejmuje zarówno informacje pisemne (np. wyniki badań, zapisy w dokumentacji medycznej), jak i ustne (przede wszystkim to, co powiedział pacjent, a nie znalazło odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej). Tajemnicą lekarską objęte są także informacje, które dotyczą osób trzecich, o których lekarz dowiedział się w trakcie procesu leczenia, a także informacje od osób trzecich (np. rodziny pacjenta). Tajemnica zawodowa składa się z dwóch warstw: informacji powierzonych przez pacjenta oraz informacji wynikających z podjętych działań medycznych (samodzielnych ustaleń lekarza).

Ponadto art. 23 Kodeksu etyki lekarskiej określa, że tajemnica lekarska obejmuje: „wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywaniem czynności zawodowych”.

Tajemnica lekarska a obowiązek udzielania informacji pacjentowi

Z tajemnicą lekarską związana jest problematyka udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Zgodnie z art. 31 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jest to przedmiotowy zakres prawa

do informacji, który nie podlega swobodnemu uznaniu lekarza. Lekarski obowiązek udzielania informacji stanowi korelat prawa pacjenta do informacji. Art. 9 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi bowiem, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Powyższy zakres obowiązkowej informacji pokrywa się z wymogami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Podmiotem zobowiązanym do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta jest lekarz, natomiast uprawnionym w zasadzie tylko pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy (gdy pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony), a także dodatkowo pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, a nie ukończył jeszcze 18 lat. Inne osoby poza pacjentem mogą uzyskać informację o jego stanie zdrowia w zakresie określonym w art. 31 u.z.l. tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę. Przez inne osoby rozumieć należy zarówno członków rodziny pacjenta (np. rodziców, dzieci), jak i osoby z nim niespokrewnione (np. konkubenta, kolegę). Należy podkreślić, że to nie osoby bliskie, w tym rodzina, ale tylko pacjent ma bezpośrednie i generalne prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia. Zgoda pacjenta na udzielanie informacji o stanie jego zdrowia innym osobom ma w praktyce zazwyczaj postać upoważnienia zawartego w dokumentacji medycznej, ale również może być wyrażona ustnie bezpośrednio wobec lekarza. To lekarz powinien dołożyć należytej staranności w ustaleniu, czy udziela informacji osobie uprawnionej. Udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie nieuprawnionej, np. dziennikarzowi, stanowić będzie klasyczny przykład naruszenia/złamania tajemnicy lekarskiej.

Informacja adresowana do pacjenta (przedstawiciela ustawowego) musi być przystępna, przedstawiona w formie uwzględniającej poziom intelektualny odbiorcy. Informacja powinna być przede wszystkim zrozumiała dla pacjenta. Zasadniczo informacja może być udzielona pacjentowi w dowolnej formie, jednakże najczęściej będzie to forma ustna. Konkretny przepis może wprowadzić wymóg, co zdarza się bardzo rzadko, formy pisemnej.

Zasadą jest prawo pacjenta do uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia, a obowiązkiem lekarza jej udzielenie. Jednakże wyjątkowo w sytuacjach wskazanych w ustawie może nastąpić ograniczenie przez lekarza prawa pacjenta do informacji. Ograniczenie zakresu przekazywanych pacjentowi informacji może wynikać wyłącznie z dwóch przyczyn:

1. na wyraźne żądanie pacjenta, który nie chce być informowany o stanie swojego zdrowia;
2. jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeśli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta.

Tajemnica lekarska a udzielanie informacji personelowi medycznemu

W praktyce każdy lekarz codziennie przekazuje informacje o swoich pacjentach innym lekarzom oraz członkom innych grup zawodowych personelu medycznego. Przekazywane informacje stanowią w dużej części treści objęte zakresem tajemnicy lekarskiej. Czy jest to dozwolone? Tak, jeżeli przekazanie informacji jest prawnie dopuszczalne oraz jeżeli adresat informacji jest uprawniony do jej uzyskania. Podstawowym ustawowym „usprawiedliwieniem” dla uchylania tajemnicy lekarskiej poprzez przekazanie informacji medycznych dotyczących konkretnego pacjenta innym członkom personelu medycznego

jest faktyczne zaistnienie potrzeby przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Podkreślić należy, że adresatem informacji medycznych będą w powyższym przypadku tylko osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń temu samemu pacjentowi.

„Uczestniczenie” należy rozpatrywać w szerszej perspektywie czasowej, a nie tylko tu i teraz (np. operacja lub konsultacja), raczej jako ciąg świadczeń zdrowotnych (diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, ewentualna rehabilitacja) udzielanych temu samemu pacjentowi w związku z zasadniczo jednym/głównym problemem zdrowotnym, np. oddział ortopedii (zabieg), potem oddział/poradnia rehabilitacji, potem poradnia ortopedyczna, ewentualnie inna poradnia (konsultacja). Opowiadanie przez ortopedę o przypadku operowanego pacjenta A.Z. koledze kardiologowi (lub innemu specjalście) z tego samego szpitala, nieuczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych panu Z. (np. niewymagającemu konsultacji kardiologicznej), stanowić będzie bezprawne naruszenie tajemnicy lekarskiej przez ortopedę. Drugim podstawowym, prawnym „usprawiedliwieniem” dla uchylenia tajemnicy lekarskiej wobec nieuprawnionego personelu medycznego będzie w praktyce zgoda pacjenta.

” — *Co do zasady tajemnica lekarska nie może być ujawniona nawet przed sądem, chyba że znajdą określone prawem okoliczności i nastąpi poprawne formalnie zwolnienie lekarza z tajemnicy. Lekarz jako świadek podlega ogólnym przepisom dotyczącym świadka, z wyjątkami przewidzianymi przez przepisy szczególne. Przepisy szczególne dotyczące lekarza jako świadka, znajdują się w Kodeksie postępowania karnego i odnoszą się do warunków, jakie muszą zaistnieć, aby można było ujawnić tajemnicę lekarską oraz przesłuchać lekarza w charakterze świadka co do okoliczności stanowiących tajemnicę lekarską. Natomiast w kodeksie postępowania cywilnego takich szczególnych przepisów nie ma.* “

Jeśli chodzi o udzielanie przez lekarza informacji o pacjencie objętych tajemnicą zawodową należy również pamiętać o ustanowionym w ustawach dotyczących niektórych zawodów medycznych obowiązku informacyjnym. Bowiem lekarz ma obowiązek udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom wykonującym zawód medyczny, w szczególności pielęgniarce, położnej, ratownikowi medycznemu i fizjoterapeucie. Należy przyjąć, że chodzi tylko o osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń konkretnemu pacjentowi, a nie np. każdą pielęgniarkę w szpitalu/przychodni. Ogólny zakres informacji, której powinien udzielić lekarz jest określony w konkretnych ustawach dotyczących danego zawodu medycznego. Jest on zasadniczo podobny do zakresu informacji o stanie zdrowia kierowanej do pacjenta, jednakże pozostaje zdecydowanie ograniczony przez zasadę „niezbędności” – zakres nie-



zbędny do udzielanych przez adresata danej informacji (personel medyczny) świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 13 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej (w skrócie u.z.p.p.) pielęgniarka i położna mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Ponadto należy pamiętać, że uchylenie tajemnicy lekarskiej ma w praktyce związek z wydawanymi zleceniami lekarskimi. Zgodnie z regułą generalną i ustawową pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Jednakże w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Zgodnie z nakazem swojej pragmatyki zawodowej pielęgniarki i położne tak samo jak lekarze są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (art. 17 u.z.p.p.).

Zgodnie z art. 11 ust. 5 Ustawy z dnia 6 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) ratownik medyczny ma od tego roku prawo wglądu do dokumentacji medycznej oraz do uzyskania od lekarza, pielęgniarki, położnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Ratownik medyczny jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej (art. 11 ust. 9 ustawy o PRM).

Ponadto zgodnie z art. 7 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (u.z.f.) fizjoterapeuta ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pełnej informacji w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. W praktyce powyższa informacja będzie udzielana przez lekarza. Fizjoterapeuta jest zobowiązany zachowywać w tajemnicy informacje związane z pacjentem, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu (art. 9 u.z.f.).

Tajemnica lekarska w postępowaniu sądowym

Jednym z podstawowych dowodów w postępowaniu sądowym – zarówno karnym, jak i cywilnym – jest dowód z zeznań świadka. Lekarz może występować w sądzie w charakterze świadka i wtedy może pojawić się problem, bowiem odpowiedź na pytanie sądu może obejmować informacje stanowiące tajemnicę lekarską. Co do zasady tajemnica lekarska nie może być ujawniona nawet przed sądem, chyba że zająd określone

prawem okoliczności i nastąpi poprawne formalnie zwolnienie lekarza z tajemnicy. Lekarz jako świadek podlega ogólnym przepisom dotyczącym świadka, z wyjątkami przewidzianymi przez przepisy szczególne. Przepisy szczególne, dotyczące lekarza jako świadka, znajdują się w Kodeksie postępowania karnego i odnoszą się do warunków, jakie muszą zaistnieć, aby można było ujawnić tajemnicę lekarską oraz przesłuchać lekarza w charakterze świadka co do okoliczności stanowiących tajemnicę lekarską. Natomiast w kodeksie postępowania cywilnego takich szczególnych przepisów nie ma.

Zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej lekarz ma prawo do odmowy składania zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek. Lekarz może zostać przesłuchany co do faktów objętych tą tajemnicą tylko po zwolnieniu go od obowiązku zachowania tajemnicy przez sąd, bądź pacjenta/jego przedstawiciela ustawowego, a po śmierci pacjenta przez osobę bliską. Zgodnie z art. 180 Kodeksu postępowania karnego osoby obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji niejawnych o klauzuli tajności „zastrzeżone” lub „poufne” bądź tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator dla dobra wymiaru sprawiedliwości zwolni te osoby od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej. Na postanowienie w tym przedmiocie przysługuje zażalenie. § 2 powyższego artykułu stanowi, że osoby obowiązane do zachowania tajemnicy m.in. lekarskiej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

Ujawnienie tajemnicy zawodowej lub jej nieprawidłowe wykorzystanie może stać się podstawą do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 266 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi, że kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ujawnienie tajemnicy lekarskiej może skutkować także odpowiedzialnością odszkodowawczą lekarza.

Reasumując, tajemnicą lekarską jest objęte wszystko, o czym lekarz dowiedział się podczas wykonywania swojego zawodu. Będzie to więc wszystko, czego lekarz dowiedział się w toku przeprowadzonych badań i wywiadzie medycznym, czy też zauważył przypadkowo. Informacje objęte tajemnicą lekarską dotyczą nie tylko samego pacjenta, ale i jego najbliższego otoczenia, a także czynności, do których lekarz został wezwany. Obowiązek respektowania tajemnicy dotyczy każdego lekarza, niezależnie od formy prawnej i miejsca wykonywania zawodu.

SPROSTOWANIE

W nr 11/2016 „Medium” ukazał się wywiad z prof. Dariuszem Patrzaikiem pt. *Nie ma miejsca na cuda, wszystko zależy od ludzi* (s. 4-5). Z przyczyn niezawinionych przez redakcję w notce biograficznej rozmówcy, stanowiącej integralną część wspomnianego wyżej materiału, pojawiła się nieścisłość faktograficzna. Korygując błąd: prof. D. Patrzalek jest byłym a nie obecnym konsultantem wojewódzkim w dziedzinie transplantologii klinicznej. Funkcję konsultanta wojewódzkiego województwa dolnośląskiego w dziedzinie transplantologii klinicznej sprawuje od 2014 r. dr n. med. Paweł Chudoba. Przepraszamy za uchybienie.

Zespół redakcyjny „Medium”

Czy tajemnica lekarska jest jeszcze tajemnicą i czy jeszcze lekarską?

Tekst Jarosław Barański

*Przy prawie
dopuszczonym
ujawnianiu informacji
dotyczących zdrowia
pacjenta, lekarz
powinien ograniczyć
zakres ujawnianych
informacji do
niezbędnego
minimum, wcześniej
powiadamiając
pacjenta o konieczności
ujawnienia.*

**DR HAB.
JAROSŁAW
BARAŃSKI**

Etyk, filozof, kierownik
Zakładu Humanistycznych
Nauk Lekarskich
UM we Wrocławiu.



Źródło: z archiwum autora



Zastrzeżenia wobec nowelizacji

Nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w kontekście regulacji dotyczącej zachowania tajemnicy lekarskiej budzi poważne zastrzeżenia, które wyraża stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej tymi oto słowami: „Sprzeciw budzi rozwiązanie otwierające nieograniczony dostęp osób bliskich do informacji chronionych obecnie tajemnicą lekarską. Dysponentem informacji chronionych jest i powinien być pacjent, który ma możliwość wskazania osób uprawnionych do dostępu do informacji dotyczących jego stanu zdrowia tak za życia, jak i na wypadek śmierci. (...) Ustawowe uprawnienie wszystkich osób bliskich do poznania informacji chronionych tajemnicą lekarską może być w takich przypadkach działaniem godzącym w dobre imię zmarłego. Powyższe uwagi są tym bardziej zasadne, że projektodawca nie przewi-

„ **Nowelizacja dopuszcza możliwość ignorowania życzeń pacjenta. W takiej sytuacji lekarz, chroniąc dobro chorego, może odwołać się do klauzuli sumienia. Są bowiem dobra człowieka, które chronić należy także po śmierci pacjenta, co jest warunkiem szacunku dla pamięci o zmarłych. Jak jednak mamy szanować tę pamięć, jeśli nie chcemy uszanować samych ludzi?** „

dział w ogóle sytuacji, w której pacjent wyraża za życia wolę, aby żadna z jego osób bliskich nie otrzymała dostępu do informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Projektowane rozwiązanie, które zakłada uprawnienie każdej z osób bliskich do wyrażenia zgody na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, z jednocześnie zastrzeżeniem możliwości zablokowania tego ujawnienia jednym głosem sprzeciwu oznaczałoby w praktyce, że decydować będzie pierwsza osoba, z kręgu osób bliskich, która znajdzie się w szpitalu (niekoniecznie najbliższa spośród osób bliskich czy szczególnie emocjonalnie związana ze zmarłym)”. W liście adresowanym do lekarzy i lekarzy dentyków prezes NRL zwrócił uwagę na jeszcze jeden aspekt, pisząc: „Lekarz musi mieć świadomość, iż odmowa ujawnienia tajemnicy w przypadku, gdy z żądaniem jej ujawnienia zgłosi się osoba bliska, a inna osoba bliska nie zgłosi wobec tego sprzeciwu, będzie stanowiła naruszenie prawa. Z drugiej strony ujawnienie informacji objętych tajemnicą stanowi naruszenie najważniejszego w wykonywaniu naszego zawodu Kodeksu etyki lekarskiej oraz przyrzeczenia lekarskiego, które każdy z nas składał”.

Zastrzeżenie, jak i zarzuty, sformułowane powyżej (choć to tylko wyjątek z nich) dotyczą następujących regulacji:

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyra-

żająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2a.;

3a. Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Można doszukiwać się dobrych intencji w tych zmianach, uwzględniając łatwiejszy dostęp bliskich do informacji medycznej o osobie zmarłej. Jednak nonszalancja w określeniu tej dostępności – jej zakresu i warunków, przede wszystkim przy możliwym zignorowanym sprzeciwie pacjenta, który przed własną śmiercią zobowiązał lekarza do zachowania tajemnicy dotyczącej informacji medycznej, budzi zaniepokojenie, czy aby liberalizacja prawa nie wprowadza dyskretnie przeświadczenia, że śmierć człowieka zwalnia nas od wszelkich zobowiązań wobec niego. Zaniepokojenie sprawia również i ta możliwość, że informacja medyczna o zmarłym pacjencie będzie przedmiotem przetargu między bliskimi w obecności lekarza, względnie przedmiotem negocjacji z lekarzem wbrew życzeniom pacjenta sformułowanym przed śmiercią. W każdej z tych sytuacji lekarzowi odmawia się prawa do dotrzymania zobowiązań wobec pacjenta: tajemnica staje się li tylko zwrotem retorycznym i bodaj już nie lekarską, lecz publiczną.

Konsekwencją tej nonszalancji prawnej jest naruszenie integralności moralnej lekarza, albowiem pod groźbą naruszenia prawa może on odstąpić od respektowania jednej z fundamentalnych zasad swojego postępowania, o której Kodeks etyki lekarskiej mówi w art. 23.:

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Nie chodzi o jakiekolwiek informacje medyczne, względnie jakiekolwiek wiadomości, które są w dyspozycji lekarza lub które uzyskał sprawując opiekę nad pacjentem, ale o informacje poufne, do których chronienia przed ujawnieniem zobowiązał się lekarz. Zobowiązanie to jest wyrazem szacunku dla osoby pacjenta, gdy lekarz zachowując poufność chroni jego intymność i prywatność.

Zachowanie poufności

Zachowanie tajemnicy lekarskiej nie jest wartością autotelesną zawodu lekarskiego, to znaczy nie jest dobrem samym w sobie. Jest wartością instrumentalną, której respektowanie chroni dobra cenniejsze, jak choćby zdrowie i życie. Dlatego są odstępstwa od wymagania jej zachowania, o których mówi Kodeks etyki lekarskiej czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Nakaz zachowania tajemnicy dotyczy nabytej w trakcie leczenia wiedzy o pacjencie – Kodeks: „Tajemnicą są objęte **wiadomości** o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi” (art. 23); ustawa: „Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy **informacji** związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu” (art. 40, ust. 1).

Wiadomości o pacjencie są kategorią szerszą niż informacja, również medyczna. Oznacza to, że nie każda nabyta wiadomość o pacjencie jest informacją medyczną. Wiadomości o pacjencie mają więc dwojaki charakter: są informacją medyczną o jego chorobach i ich przyczynach, o prognozach i podjętych przez pacjenta decyzjach – wszystko więc, co zawiera dokumentacja medyczna; oraz jest to wiedza niemedyczna o pacjencie (lub jego otoczeniu), uzyskana przez lekarza w trakcie

badań, leczenia i rozmów z nim, a mająca charakter osobisty, biograficzny. Pacjent poddając się leczeniu i powierzając lekarzowi swoją intymność i prywatność, zakłada, że lekarz zachowa poufność, to znaczy, że te wiadomości objęte będą tajemnicą lekarską. Uchylenie się od zachowania tajemnicy tych wiadomości jest możliwe jedynie wtedy, gdy zagrożone jest zdrowie i życie, a także wtedy, gdy pacjent zwolni lekarza z tajemnicy lekarskiej.

Wskazania „AMA: Code of Medical Ethics” odwołują się do następującej argumentacji przemawiającej za zachowaniem poufności: pacjenci muszą mieć zaufanie do lekarzy w tym, że ci będą chronić informacje objęte tajemnicą lekarską – jest to warunek ujawnienia przez pacjenta poufnych, osobistych informacji, umożliwiających zapewnienie najbardziej efektywnego leczenia; lekarze z kolei mają etyczny obowiązek zachowania poufności informacji zebranych w trakcie leczenia pacjenta. Jeśli więc pojawiają się konflikty między prawem pacjenta do prywatności a roszczeniami osób trzecich, to lekarz stać powinien po stronie pacjenta, czyli starać się powinien rozstrzygnąć konflikt na korzyść pacjenta, chroniąc tym samym jego dobro (godność, samostanowienie, prywatność). Przy prawnie dopuszczonym ujawnianiu informacji dotyczących zdrowia pacjenta, lekarz powinien ograniczyć zakres ujawnianych informacji do niezbędnego minimum, wcześniej powiadamiając pacjenta o konieczności ujawnienia.

Zachowanie poufności po śmierci

Nowelizacja ustawy budzi etyczne zastrzeżenia w odniesieniu do sytuacji, gdy pacjent za życia wyraził życzenie zobowiązujące lekarza do nieprzekazywania po swojej śmierci pewnego zakresu informacji medycznej swoim bliskim. Wskazania „General Medical Council” (2004) brzmią w tym zakresie problemu następująco: stopień, w jakim poufne informacje mogą być podawane po śmierci pacjenta, zależą od okoliczności: jeśli pacjent poprosił o to, aby informacje te pozostały poufne, jego życzenia powinny być uszanowane. Należy nadto rozważyć: czy ujawnienie tych informacji może spowodować cierpienie dla bliskich, względnie przynieść im korzyści?; czy ujawnienie tych informacji będzie ujawnieniem informacji na temat rodziny lub innych osób?; jaki jest cel ujawnienia? Nowelizacja ustawy nie pozwala lekarzowi postępować zgodnie z takim rozeznaniem, sprzyjając ryzyku, że fakt i zakres ujawnienia informacji będzie rezultatem arbitralnej decyzji którejś z osób bliskich.

Raport „AMA: Confidentiality of Medical Information Post-mortem” stwierdza, że wszystkie wiadomości ujawnione przez pacjenta i informacje zawarte w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, także te wprowadzone po jego śmierci, powinny być traktowane jako poufne w możliwie jak największym stopniu. Zabezpieczenie poufności po śmierci pacjenta jest równe takiemu, jak za życia pacjenta. Zgodnie z nowelizacją ustawy – zabezpieczenie to nie jest równe. Dysproporcja zobowiązań jest ogromna, na co wskazują wcześniej cytowane zastrzeżenia sformułowane przez Naczelną Radę Lekarską.

Bliski pacjenta jako „reprezentant medyczny”

Ujawnienie informacji o pacjencie jest możliwe jedynie wobec tych, którzy występują w imieniu pacjenta, jeśli ten nie jest w stanie wyrazić swojej woli („Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter”). Nie może to być zatem prawne wskazanie na osoby, z których pierwsza albo znająca prawo będzie nie tylko tą, wobec której ujawniona zostanie informacja, lecz również tą, która będzie miała przez ów fakt ujawnienia zdolność do ograniczenia tej informacji wobec pozostałych bliskich. Najlepszym rozwiązaniem byłaby instytucja „reprezentanta medycznego” pacjenta, czyli osoby, wskazanej przez niego za życia jako tej, która jest upoważniona do dostępu do informacji o pacjencie i do określenia zakresu jej ujawnienia. Wtedy lekarz spełnia swoją powinność poszanowania godności pacjenta w zakresie jego zdolności do autonomicznych decyzji.

Nowelizacja a klauzula sumienia

Nowelizacja zakłada sprzeczność między prawem a Kodeksem etyki lekarskiej. Oznacza ta sprzeczność zaistnienie konfliktu narażającego lekarza na naruszenie własnej integralności moralnej wtedy, gdy nie będzie on mógł skutecznie wypełniać zobowiązań etycznych stanowiących o jego profesjonalizmie lekarskim, czyli zostanie zmuszony do nieposzanowania autonomicznych decyzji pacjenta, do odmówienia pacjentowi prawa decydowania o sobie: komu i w jakim zakresie informacje medyczne mogą być ujawnione. Nowelizacja dopuszcza możliwość ignorowania życzeń pacjenta. W takiej sytuacji lekarz, chroniąc dobro chorego, może odwołać się do klauzuli sumienia. Są bowiem dobra człowieka, które chronić należy także po śmierci pacjenta, co jest warunkiem szacunku dla pamięci o zmarłych. Jak jednak mamy szanować tę pamięć, jeśli nie chcemy uszanować samych ludzi?

NOWI DOKTORZY I PROFESOROWIE

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 24 listopada 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskały:

1. **mgr inż. inżynierii biomedycznej Anna Maria Skotny**, w dyscyplinie biologia medyczna w specjalności biologia komórki;
2. **mgr analizy medycznej Matylda Olga Czosnykowska-Lukacka**, w dyscyplinie biologia medyczna w specjalności biologia molekularna;
3. **mgr pielęgniarstwa Anna Krzesińska-Nowacka**, w dyscyplinie medycyna w specjalności logopedia.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 27 października 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna w specjalności aukuologia uzyskała **mgr biologii Katarzyna Pawłowska**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Ślą-

skich we Wrocławiu 27 października 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna w specjalności anestezjologia i intensywna terapia uzyskała **dr Wiesława Jolanta Duszyńska**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 28 października 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał **lek. dent. Sławomir Baliński**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 12 października 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. **lek. Krystian Kiszka**,
2. **lek. Bartosz Szetela**,
3. **lek. Katarzyna Fleischer-Stępniewska**,
4. **lek. Agata Mierzwicka**,
5. **lek. Karolina Dorobisz**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego

Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 21 września 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskały:

1. **lek. Monika Wiktoria Pfannerhauser**,
2. **lek. Joanna Wiktoria Przeździecka-Dotył**,
3. **lek. Marta Siomkajto**,
4. **lek. Justyna Chojdak-Lukasiewicz**,
5. **lek. Marta Waliszewska-Prosół**,
6. **lek. Monika Heisig**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu 23 września 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie stomatologia w specjalności protetyka stomatologiczna uzyskał **dr n. med. Mieszko Adam Więckiewicz**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego UM we Wrocławiu 29 września 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna w specjalności angiologia uzyskała **dr n. med. Katarzyna Maria Skórkowska-Telichowska**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego UM we Wrocławiu 29 września 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych:

1. w dyscyplinie biologia medyczna w specjalności chemia medyczna uzyskała **mgr inż. technologii chemicznej Renata Małgorzata Wawrzaszek**,
2. w dyscyplinie medycyna w specjalności anestezjologia i intensywna terapia uzyskała **lek. Patrycja Łucja Leśnik**,
3. w dyscyplinie biologia medyczna w specjalności biochemia lekarska **mgr biotechnologii Aleksandra Barbara Kuzan**.

NOMINACJE PROFESORSKIE DLA DOLNOŚLĄSKICH LEKARZY

26 października 2016 r. prezydent Andrzej Duda wręczył w Pałacu Prezydenckim akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Tytuł naukowy profesora nauk medycznych otrzymał m.in. **Tomasz Szydełko** z UM we Wrocławiu. Serdecznie gratulujemy!

Dolnośląska Rada Lekarska



Czy godność lekarską można penalizować?

Tekst Andrzej Wojnar

Temat będący tytułem artykułu wybrałem nieprzypadkowo, ponieważ problem ten był już szeroko analizowany przez Komisję Etyki Lekarskiej NRL. Wahałem się jedynie nad sformułowaniem „można”, „trzeba” czy „musi się” penalizować.

Dostojęstwo naszego zawodu określa jednoznacznie Kodeks etyki lekarskiej (KEL) w art.1, zobowiązując lekarza do dbania o godność profesji lekarskiej, a za naruszenie tego zapisu uważa każde postępowanie medyka, które podważa zaufanie do zawodu. Natomiast art. 5 KEL wskazuje dobitnie na izbę lekarską jako instytucję powołaną, upoważnioną i zobowiązaną do czuwania nad zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego. Niby wszystko jest dokładnie sformułowane, a rolę izby jasno określono, a jednak w ostatnich miesiącach problem zawarty w tytule wzbudził wiele emocji w kręgu Naczelnej Rady Lekarskiej. Temat ten co pewien czas jest dyskutowany w środowisku lekarzy. I tak, odpowiadając na to zapotrzebowanie, Komisja Etyki Lekarskiej NRL uchwaliła 5 grudnia 2015 r. stanowisko nr 3/2015 mówiące o tym, że samorząd lekarski ma prawo zajmować się również sprawami wykraczającymi poza sferę zawodową, a odnoszącymi się do życia prywatnego, obyczajowości i moralności lekarza. Powołując się przy tym nie tylko na przytoczony już przeze mnie art. 1 i 5 KEL, ale również na art. 71 – stanowiący, iż lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych, a więc np. znajdować się pod wpływem alkoholu czy innych



**DR HAB.
ANDRZEJ WOJNAR,
PROF. NADZW. WSF**

Źródła grafik: M.J., www.pixabay.com/
photos/1278874/succo

Natomiast otwartą kwestią pozostaje pytanie, czy nie powinniśmy od czasu do czasu przypominać jednak sobie nawzajem o tym, że pacjenci widzą nas też wtedy, gdy zdejmemy już fartuch.

Specjalista II stopnia w zakresie patomorfologii, I stopnia w zakresie dermatologii i wenerologii. Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie, przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej DIL oraz przewodniczący dwóch komisji DRL: Kształcenia i ds. Rejestru Lekarzy i Stażu Podyplomowego. Przewodniczący Zarządu Oddziału PTHC we Wrocławiu. Konsultant wojewódzki ds. patomorfologii.

środków odurzających, nawet jeśli czyni to poza godzinami wykonywania czynności zawodowych – stwierdzić należy, że zachowania lekarzy, niezależnie od tego, jakiej są natury, wpływają na sposób postrzegania całego świata lekarskiego.

Temat penalizacji godności lekarskiej miał swoją kontynuację. 5 marca 2016 roku został podjęty na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej. Towarzyszyła mu burzliwa dyskusja. Rada NIL stanowiska w tej sprawie nie zajęła, uznając, że takie decyzje leżą w gestii Krajowego Zjazdu Lekarzy.

25 maja 2016 roku „Dziennik Gazeta Prawna” napisała: „Czy działania lekarza w sferze prywatnej, dotyczące np. spożywania alkoholu poza pracą, ubioru, kradzieży, powinny być szersze niż obecnie oceniane przez samorząd zawodowy? Temat dyskutowany jest od lat, ale w tym roku oliwy do ognia dołąła Komisji Etyki NRL, przedstawiając projekt stanowiska dotyczącego oceny zachowania lekarza poza pracą”. I dalej: „ (...) w zawodzie lekarza trudno jednoznacznie określić, gdzie kończy się misja lekarska, a gdzie rozpoczyna się życie prywatnego człowieka. A KEL w każdej sytuacji nakazuje dbać o godność zawodu. Lekarz nie może np. odmówić pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, ale z drugiej strony nie wolno mu udzielać świadczeń, gdy jest nietrzeźwy. Więc dyskutowane jest m.in. to, czy w takiej sytuacji w ogóle – nawet po pracy – powinien pić alkohol. Czy np. ubiór, orientacja seksualna czy małżeńskie zdrady mogą mieć znaczenie dla odbioru lekarzy jako zawodu zaufania publicznego? Czy za noszenie przykrótkiej spódnicy lekarzowi mogłoby coś grozić? Chyba nie...”

Natomiast sekretarz Komisji Etyki NRL dr Andrzej Baszkowski w ogólnopolskiej „Gazecie Lekarskiej” napisał: „Projekt stanowiska wywołał wiele emocji. Wypowiadający się koledzy uznali w większości proponowane zapisy za nietrafne i niepotrzebne. Dowiedli, że upijający się lekarz albo taki, który awanturuje się w domu, to nic nadzwyczajnego, w każdym środowisku tak się zdarza, a już na pewno nie jest to powód, aby sprawą zajmował się samorząd. Wszystko można podważyć, skrytykować i ośmieszyć”.

Zgodnie z zaleceniem NRL przygotowałem więc projekt apelu na Krajowy Zjazd Lekarzy, rezygnując w końcu z ostatniego zdania mówiącego o penalizacji, a więc możliwości, a nie nakazie wnioskowania o ew. ukaranie lekarza za jego zachowanie po godzinach pracy. Apel miał być przypomnieniem. Projekt, złożony w prawidłowym trybie i poparty pisemnie przez red. naczelnego „Gazety Lekarskiej” dr. Ryszarda Golańskiego, nie został w ogóle dopuszczony przez Komisję Uchwał i Wniosków do rozpatrzenia. Po moich interwencjach w tej Komisji otrzymałem odpowiedź-opinię prawną: „Temat apelu jest poza programem zjazdu, który został zwołany dla innych celów”.

Temat godności zawodu na pewno będzie jeszcze powracał. Uważam jednak, że źle się stało, iż wskutek arbitralnej decyzji Komisji Uchwał i Wniosków Krajowy Zjazd Lekarzy – nasza najwyższa władza – nie mógł przeprowadzić dyskusji w tym zakresie. Podkreślałam, że ideą projektu apelu było tylko przypomnienie, oczywiście bez nakazu każdorazowej penalizacji. Przypomnienie wszystkim lekarzom o tej jednej z podstawowych zasad naszego zawodu.

Kończąc, po raz kolejny podkreślam, że zapisy KEL nie muszą być zmieniane, są wystarczające i pozwalają wtedy, kiedy trzeba, penalizować zachowanie lekarza nieidące w parze z godnością lekarską. Ważne jest też przy tym, by każdy przypadek traktowany był indywidualnie. Cześć zachowań wynosimy z domu rodzinnego, część nabywamy w szkole i na uniwersytecie, a potem przejmujemy je od naszego mistrza-nauczyciela zawodu. Na pewno niektóre sytuacje będą wymagać tylko zwrócenia uwagi przez kolegę, że po prostu czegoś nie wypada robić. Natomiast otwartą kwestią pozostaje pytanie, czy nie powinniśmy od czasu do czasu przypominać jednak sobie nawzajem o tym, że pacjenci widzą nas też wtedy, gdy zdejmujemy już fartuch.



Zabłyśnij
na parkiecie!
Szczególnie
w Sylwestra
i w karnawale...

KURS TAŃCA UŻYTKOWEGO DLA LEKARZY

Sylwester to nie tylko pożegnanie minionego roku, ale także preludium do zbliżającego się wielkimi krokami karnawału. Taniec stanowi nieodłączny element każdego balu, zabawy. Problem w tym, że nie każdy tańczyć potrafi... Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska, Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Klub Lekarza DIL organizują kurs tańca użytkowego, który przy wysokiej frekwencji ma szansę na stałe zagościć w kalendarzu izbowych imprez. Istnieje możliwość kontynuacji nauki w Klubie Tanga „Argentina”.

Koleżanki i Kolegów, którzy chcą uniknąć skrepowania na parkiecie, lub po prostu podszlifować swoje umiejętności taneczne, zapraszamy na spotkania informacyjne, które odbędą się 13 i 20 grudnia br. w Klubie Lekarza DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (godz. 18.30, parter).

Leszek Pałka, Piotr Knast

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/abstract-765923/natureworks, www.pixabay.com/photos/ball-288470/geralt



FACEBOOK – ZAGROŻ

W Polsce jest 14 milionów aktywnych użytkowników Facebooka, wśród których są osoby związane z medycyną, od ratowników medycznych, fizjoterapeutów po lekarzy. Zapewne najczęściej korzystają z takich serwisów dla przyjemności, rozrywki i kontaktu ze znajomymi, popełniając podstawowe błędy i szkodząc nie tylko sobie, ale i wizerunkowi lekarza.

Pokolenie młodych lekarzy niemal wychowało się wraz z Facebookiem. Dla osób urodzonych po 1977 r. (pokolenie Y) Google to sprawa oczywista jak poranna kawa, a głównym ich kanałem komunikacji są portale społecznościowe. Zaczęli korzystać z Facebooka jako nastolatki, potem studenci, a teraz są lekarzami. Wydawałoby się, że mają dobrą wiedzę na temat Facebooka i swobodnie poruszają się po serwisie. Niestety, w większości właśnie ta swoboda ich gubi, bo zapominają, że w zawód, który wykonują, wpisane są określone zobowiązania i że wymaga on szczególnej ostrożności w dzieleniu się informacjami oraz narzuca ograniczenia. Starsi lekarze, tzw. pokolenie X, urodzone w latach 1965-1976 przeżyło takie wydarzenia jak odkrycie AIDS i upadek muru berlińskiego. Mówi się o nich jako o pokoleniu wielozadaniowym, dla którego e-mail i telefon to podstawowe narzędzia komunikacji. Nie do końca rozumieją fenomen i przydatność takiego medium, więc albo nie mają konta w takich mediach albo zakładają je przede wszystkim ze względu na znajomych i rodzinę. Niezależnie od wieku użytkownicy serwisów społecznościowych często nie są świadomi zagrożeń i pułapek, na które narażony jest lekarz w sieci. Zaczynają się one od sytuacji, kiedy pacjent domaga się kontaktu przez komunikator (messenger), a kończą się na niebezpieczeństwach wynikających z ujawnienia informacji objętych tajemnicą lekarską.

Wszystko ma swój początek w niezrozumieniu specyfiki Facebooka jako platformy komunikacyjnej, w której dystans skracają niesamowicie i panuje kultura dobrych znajomych. Widać to nie tylko we wpisach, w zwracaniu się do siebie na ty, ale też i w tym, co nazywamy „hejtem” (obraźliwymi i agresywnymi komentarzami). To, co w rzeczywistości byłoby niedopuszczalne, mało prawdopodobne, niekulturalne, na Facebooku jest normą. Do tego nie należy liczyć na szacunek czy specjalne traktowanie z racji wykonywanego zawodu. Tak jak możemy spotkać się z bezpośrednimi, wylewnymi komentarzami podziękowań, tak i do żywego mogą nas dotknąć słowa pełne nienawiści, obelgi i niesprawiedliwe komentarze pozbawione faktów, których nikt na Facebooku nie docieka. Facebook to poligon komunikacyjny i trudno tu nie popełniać błędów, ale przede wszystkim należy zrozumieć, że choć kontakt jest online, to jest to bardzo bezpośredni, emocjonalny sposób porozumiewania się, który daje niewyobrażalnie szybką możliwość przemieszczania się najróżniejszych informacji poprzez udostępnienia jego użytkowników.

Większość lekarzy pomyśli zapewne, że w ich przypadku Facebook nie ma nic wspólnego z byciem lekarzem, bo korzystają z niego jako osoby prywatne, dzieląc się informacjami z najbliższymi i dobrymi znajomymi. Jakikolwiek profil posiadamy na Facebooku, warto wiedzieć, że przekazuje on bardzo wiele informacji na nasz temat. To nie przypadek, że osoby rekrutujące na najróżniejsze stanowiska sprawdzają profile kandydatów. Przeanalizowanie profilu daje nam informację o tym, co nas interesuje, co publikujemy, co komentujemy, co inni publikują na nasz temat. Z profilu nie tylko można się dowiedzieć, gdzie ktoś był na wakacjach i jakie lubi oglądać filmy, ale można uzyskać cenne informacje na temat osobowości. Są firmy, które specjalizują się w analizowaniu i opracowywaniu informacji zawartych na Facebooku.

Ostatnio badacze z University of Pennsylvania, na podstawie analizy zdjęć profilowych 66 000 użytkowników Twittera i dodatkowych testów psychologicznych, opublikowali artykuł na temat analizy osobowości w oparciu o zdjęcie profilowe. Jest prawdą, że ze zdjęcia można wiele wyczytać, dlatego warto przejrzeć zdjęcia, na których jesteśmy i które są obecne w sieci. Na początek wystarczy wpisać w wyszukiwarkę swoje imię i nazwisko, i wybrać opcję grafika. Szczególnie uczulam na zdjęcia, które znajomi publikują bez naszej wiedzy. Nawet zdjęcia nieoznaczone na Facebooku mogą nam zaszkodzić. Jeżeli ktokolwiek robi nam zdjęcie, uprzedzajmy znajomych, żeby bez naszej zgody niczego nie publikowali. Poza tym pamiętajmy, że zawsze możemy poprosić o usunięcie publikacji, obrazu. Korzystajmy z tego prawa, dbając o swoje dobre imię i swój wizerunek lekarza. W 2010 roku głośno ko-

W 2010 roku głośno komentowana była sprawa lekarzy, którzy uczestniczyli w misji na Haiti i opublikowali swoje zdjęcia przedstawiające jak się bawią, piją alkohol i pozują z bronią. Nie tylko uderzyło to w konkretnych lekarzy, ale w całe środowisko, rozpoczynając dyskusję na temat służby medycznej na takich misjach.

ŻENIA DLA LEKARZA

*Gdybym z tego artykułu miała wybrać tylko jedno zdanie, to z pewnością wybrałabym to: **Lekarzu, zanim cokolwiek opublikujesz w mediach społecznościowych, zadaj sobie pytanie, czy chcesz, aby pacjent to zobaczył i przeczytał. Jeżeli odpowiedź brzmi „nie, publikujesz nie tylko na własne ryzyko, ale i ryzykujesz szacunek w oczach obecnych i potencjalnych pacjentów. Pamiętajmy, że jakiegokolwiek ustawienia prywatności na Facebooku nie są zabezpieczeniem, którego wymaga tajemnica lekarska.***

Tekst Justyna Niebieszczańska



Fot. z archiwum autorki

JUSTYNA NIEBIESZCZAŃSKA

Buduje mosty, które łączą ludzi. Specjalista public relations z certyfikatem London School of PR. Od ponad 6 lat zarządza i jest właścicielem Agencji Public Relations BRIDGEHEAD. Od 2010 r. prowadzi blog o komunikacji, public relations i pisaniu. Specjalizuje się w strategicznym planowaniu, personal PR opartym na intrakomunikacji i komunikacji w branży medycznej. Jeden z niewielu ekspertów dental PR w Polsce. Od 2009 r. realizuje projekt *Lecz człowieka, nie chorobę*, w którym uczestniczą lekarze dentyści piszący na blogu: lekarze.bridgehead.pl. Współorganizatorka Charmsów Biznesu – jednego z największych wydarzeń skierowanych do przedsiębiorczych kobiet na Kujawach. Menadżer kanadyjskiej korporacji SciCan na Polskę i kraje nadbałtyckie. Prowadzi w Bydgoszczy spotkania z kreatywnym pisaniem, o których informację znajdą Państwo na stronie: www.kreatywnepisanie.info. Współautorka przewodnika pt. *Jak zbudować swój wizerunek w 30 dni*. Wydała dwujęzyczny tomik wierszy „Sub rosa”, bo jedną z jej pasji jest poezja. Miłośniczka labradorów i właścicielka jednego z nich. www.justynaniebieszczanska.com/www.bridgehead.pl



mentowana była sprawa lekarzy, którzy uczestniczyli w misji na Haiti i opublikowali swoje zdjęcia przedstawiające jak się bawią, piją alkohol i pozują z bronią. Nie tylko uderzyło to w konkretnych lekarzy, ale w całe środowisko, rozpoczynając dyskusję na temat służby medycznej na takich misjach.

Niektórzy czytając ten artykuł mogą stwierdzić, że sprawa ich nie dotyczy, bo nawet jeżeli posiadają profil to jest on prywatny i ograniczony do znajomych. To jeden z największych błędów jakie popełniamy, czując się zbyt bezpiecznie dzięki ustawieniom prywatności, które oferuje Facebook. Prawda jest taka, że każdy z nas, kto wykonuje zawód zaufania publicznego, nie ma na Facebooku konta prywatnego. Jeżeli lekarz publikuje cokolwiek na Facebooku, musi wciąż zadawać sobie jedno z najważniejszych pytań: Czy chcę, aby mój pacjent to czytał i oglądał? Jeżeli odpowiedź brzmi „nie” to oznacza, że nie należy dzielić się takim materiałem. Dotyczy to każdej publikacji niezależnie od tego, czy mamy konto publiczne (fanpage), prywatne czy prywatne zamknięte albo założone na inne nazwisko. Należy mieć świadomość, że nawet mając konto prywatne zamknięte (czyli tylko my decydujemy i kontrolujemy, kto ma wgląd w treści przez nas publikowane) i tak zdjęcia, posty mogą stać się publiczne. Wystarczy, że jeden ze znajomych je upubliczni. Zakładanie profilu pod zmienionym nazwiskiem wydaje się dobrym pomysłem, o ile chcemy wykorzystywać Facebook do kontaktów towarzyskich, ale też nie daje nam pełnego poczucia bezpieczeństwa. Nadal powinniśmy mieć w głowie to pytanie o pacjenta, o to co pomyśli, poczuje, jak zobaczy ten wpis, o to, czy dzieląc się informacjami na temat zdrowia nie łamiemy tajemnicy lekarskiej. W dzisiejszym świecie nikt nie jest anonimowy i zidentyfikowanie profilu z danym lekarzem jest zadaniem do wykonania. Z punktu widzenia public relations taki profil osoby prywatnej – lekarza to potencjalne źródło sytuacji kryzysowej. Co jeżeli dane treści wypłyną poza profil i zostaną zidentyfikowane? Czy mogą być użyte przeciw lekarzowi, aby zdyskredytować go jako profesjonalistę? Tak jak w medycynie najważniejsza jest profilaktyka, tak w komunikacji najważniejsze jest zapobieganie, czyli nietworzenie profili, które dają nam złudne poczucie bezpieczeństwa i anonimowości, a w rzeczywistości są źródłem potencjalnych problemów i konfliktów.

Nie ma zabezpieczeń, które pozwalają nam się czuć pewnie i wierzyć, że informacje, którymi się dzielimy, nie dotrą do osób niepowołanych. Z tych też powodów jakiegokolwiek wymienianie informacji na temat pacjentów przy pomocy rozwiązań, które oferuje Facebook (np. grup zamkniętych, komunikatora messenger) nie jest wskazane, a według mnie powinno być zabronione. Samo medium społecznościowe jak Facebook nie jest dedykowane profesjonalnej, zawodowej komunikacji o tak wysokim stopniu zaufania. Jakiegokolwiek przekazywanie informacji na temat pacjenta przy wykorzystaniu mediów społecznościowych jest narażone na złamanie tajemnicy lekarskiej. Pacjenci będą szukać kontaktu z lekarzami tą drogą i preferować np. komunikator messenger, tak jak dzieje się to już w Stanach Zjednoczonych, ale lekarz musi mieć świadomość, że wykorzystując te formy komunikacji naraża pacjenta i siebie na to, że poufne informacje staną się publicznie dostępne. Z tych samych powodów wymiana doświadczeń, konsultacje przypadków nie powinny się odbywać przy wykorzystaniu tego medium. Gdybym z tego artykułu miała wybrać tylko jedno zdanie, to z pewnością wybrałabym to: Lekarzu, zanim cokolwiek opublikujesz w mediach społecznościowych, zadaj sobie pytanie, czy chcesz, aby pacjent to zobaczył i przeczytał. Jeżeli odpowiedź brzmi „nie”, publikujesz nie tylko na własne ryzyko, ale i ryzykujesz szacunek w oczach obecnych i potencjalnych pacjentów. Pamiętajmy, że jakiegokolwiek ustawienia prywatności na Facebooku nie są zabezpieczeniem, którego

wymaga tajemnica lekarska. W Polsce nie spotkałam się jeszcze z jasnymi regulacjami na temat wykorzystania Facebooka przez lekarzy, ale jestem przekonana, że to tylko kwestia czasu, ponieważ coraz więcej pacjentów będzie się domagało kontaktu przez media społecznościowe, a zadaniem lekarzy jest odnaleźć się w tej nowej sytuacji i nie popełniać błędów, które mogą wszystkich drogo kosztować.

Ostatnio przysłuchiwałam się kilku rozmowom o tym, czy bycie lekarzem to już (tylko) zawód czy jeszcze służba i powołanie. Generalnie panuje zgoda, że lekarzem się nie jest na czas dyżuru, pracy w przychodni czy w szpitalu, ale się jest nim zawsze. Kiedy zajdzie potrzeba, lekarz zawsze jest gotowy wykorzystać swoją wiedzę, umiejętności, aby leczyć i ratować życie. Wychowałam się w przekonaniu, że lekarz ma wpisane w swoje życie misję pomagania, co nie oznacza, że ma pracować do granic ludzkich możliwości, ale oznacza, że ma szanować siebie, aby jak najlepiej służyć innym. Szczególnie u starszych generacji etos lekarza był bardzo silny, co odzwierciedlał bardzo duży szacunek społeczności. Nie dlatego, że lekarz zachowywał się niemal jak Bóg, mając w garści zdrowie i życie pacjenta, ale dlatego że był postrzegany jako bardzo wykształcony człowiek o wysokiej kulturze osobistej i etyce postępowania. Dzisiaj ten wizerunek ewoluuje i ulega pauperyzacji, bo coraz częściej słychać, że bycie lekarzem to dobra praca – pewna i z perspektywą dużych zarobków. Odcinając się od tego, jak dany lekarz definiuje swoją pracę, w interesie wszystkich jest dbanie o wizerunek zawodu. Lekarz publikujący w mediach społecznościowych zawsze jest lekarzem i niestety nie tylko wystawia świadectwo sobie, ale i całemu środowisku. Dlatego to, co publikujemy na Facebooku, tworzy opowieść o lekarzach, o tym jak żyją, co jedzą, gdzie wydają pieniądze, jak traktują pacjentów. Obecnie to rekomendacje zaczerpnięte z Internetu tworzą bardzo często to, jak jest postrzegany dany człowiek i zawód jaki wykonuje. Wizerunek lekarza w Polsce wcale nie ma się tak dobrze i pomimo ogromnego zaufania społecznego nie jest on tak silny, nienaruszalny, pewny jak jeszcze kilkanaście lat temu. Każdy lekarz swoim zachowaniem, każdą publikacją w mediach społecznościowych osłabia lub wzmacnia ten wizerunek. Wpływa to bezpośrednio na zaufanie, jakim darzą lekarza pacjenci. Tak jak życie bez zaufania jest ciężkie, tak leczenie bez zaufania jest trudne, bo nastawienie pacjenta przekłada się na to, jak stosuje zalecenia i na jakość szczerych rozmów o symptomach, skutkach ubocznych podczas leczenia. Tysiące postów, które publikują lekarze, ma ogromne odzwierciedlenie w tym, jak postrzega ten zawód społeczeństwo, które dzisiaj korzysta z Facebooka jak z źródła informacji i porannej gazety. Kiedyś wpisy porównano do elektronicznych linii papilarnych, które pozostają na zawsze (są dostępne) i bezbłędnie definiują, kim jesteśmy, więc przed każdą publikacją należy się zastanowić, jaki news serwujemy czytelnikom – naszym pacjentom.

Należy wykazać się bardzo dużą ostrożnością, rekomendując określone leki, suplementy i udzielając porad. Tak jak wiedza zaczerpnięta z wyszukiwarki Google nie może zastąpić lekarza, tak lekarz powinien zastanowić się nad promowaniem określonych treści, produktów, zaleceń. Mając zawsze w pamięci „po pierwsze nie szkodzić”, musi zdawać sobie sprawę z zagrożeń, które niesie taka informacja. Warto za każdym razem stawiać sobie pytanie: czy możemy mieć pewność, że bez diagnozy, bez wywiadu, znajomości historii leczenia taka porada nie zaszkodzi? Każdy lekarz sam powinien sobie odpowiedzieć na to pytanie. Związki lekarzy z branżą farmaceutyczną są szeroko dyskutowane. Rekomendując określone rozwiązania i środki zaczynamy traktować pacjenta jak klienta, któremu mamy za cel sprzedać taki, a nie inny produkt. Często takie zachowanie lekarza (jak sprzedawcy) wpływa negatywnie na wizerunek zawodu, nie wspominając o wymiarze

etycznym. Czasami wystarczy jeden wpis na Facebooku, który zniszczy albo przynajmniej poważnie nadwyręży reputację lekarza. Granica pomiędzy informowaniem a promowaniem jest niekiedy bardzo cienka, dlatego bardzo łatwo jest zostać posądzonym o zachowania charakteryzujące handlowców.

Pytanie nadal pozostaje otwarte – czy Facebook jest dla lekarzy? Żartobliwie się mówi, że najlepszą formą zapobiegania ciąży jest rezygnacja ze współżycia. Analogicznie, najlepszą formą zapobiegania wszelkim problemom, sytuacjom kryzysowym, które niesie ze sobą korzystanie z Facebooka, jest rezygnacja z posiadania jakiegokolwiek profilu na tym portalu. Jednak musimy przyznać, że Facebook to element życia naszych czasów, nas i pacjentów, więc jeżeli z niego korzystamy, zastosujemy podstawowe działanie: odróżniamy swoje konto prywatne (z ustawieniami prywatności, które ograniczają dostęp do publikowanych treści tylko do grupy znajomych) od swojej aktywności i identyfikacji zawodowej. Jeżeli chcemy być obecni w mediach jako lekarz zajmujący się edukacją i w ten sposób nawiązujący kontakt z pacjentami, warto założyć fanpage – stronę dedykowaną publicznej działalności.

Celem tego artykułu jest przede wszystkim wyczulić Czytelnika na siłę rażenia wpisów na Facebooku i uważne podchodzenie

do jakichkolwiek publikacji, aby nie szkodzić sobie, nie szkodzić etosowi lekarza, nie szkodzić pacjentom. Tak jak rozpoczynając terapię nowym lekiem każdy lekarz stara się dowiedzieć o nim jak najwięcej, tak korzystając z Facebooka trzeba mieć świadomość nie tylko korzyści, ale przede wszystkim zagrożeń. Facebook daje ogromne możliwości w zakresie komunikacji i przekazania informacji. Skoro 14 milionów Polaków jest w tej sieci, to warto wykorzystać to miejsce do edukowania na temat profilaktyki, zachęcania do przeprowadzania badań, promowania zdrowego trybu życia. To najbardziej masowy sposób dotarcia z informacją do zwykłego człowieka, który jest naszym pacjentem albo za chwilę nim będzie. Jednak w przypadku lekarza, który jeszcze nie ma profilu, bardzo zastanawiałabym się nad jego założeniem. Z jednej strony potrzebna jest świadomość specyfiki tego medium, ale z drugiej warto sobie odpowiedzieć na pytanie, czemu ma służyć moja obecność na Facebooku? Zbyt często nie tylko zakładamy profile bez zastanowienia, ale i prowadzimy je lekkomyślnie. Na szczęście zawsze jest dobry czas, aby przemyśleć czy i do czego mogą wykorzystać media społecznościowe. Lekarz nie może sobie pozwolić na bezrefleksyjne publikacje i zdjęcia, bo zbyt drogo to może kosztować nie tylko jego, ale i pacjentów.

Bal Rezydenta i Młodego Lekarza 2017

„PODRÓŻE W CZASIE”

Zapraszamy na pokład naszego
wehikułu czasu, by przenieść
się w rytmach największych
hitów w szaloną, taneczną
podróż do minionych lat!

Przed wami jedyna okazja by
usiąść przy barze z wybitnym
Profesorem Einsteinem,
zatańczyć z Marlyn Monroe,
czy dostać autograf Elvisa Presleya!

Odlatujemy punktualnie 21-01-2017
(sobota) o godzinie 20:00
z Klubu Inspiracja przy pl. Solnym 16
we Wrocławiu.

Uroczysta kolacja, muzyka na żywo
i mnóstwo innych atrakcji!

Nie bierzcie tego dnia dyżuru
i nie spóźnijcie się!!! Do zobaczenia!

Członkowie DIL wstęp wolny, osoby towarzyszące spoza DIL 70 zł/ os
(płatne przy wejściu). Zgłoszenia na adres e-mail: Bal2017@wp.pl.
Liczba miejsc ograniczona!

Komisja Młodych Lekarzy





Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/hands-1167615/geralt



Fot. z archiwum autorki

Lekarz w Internecie

Jak budować spójny i profesjonalny wizerunek?

Branża medyczna, ze względu na charakter usług, jest bardzo specyficzna, jeśli chodzi o działania marketingowe. Pacjenci wybierając placówkę lub konkretnego lekarza, kierują się przede wszystkim opinią i wizerunkiem. Pacjenci to w dużej mierze tradycjoniści i **najchętniej wybierają leczenie u tych lekarzy, których nazwisko jest znane, cieszy się zaufaniem, jest polecane.**

Najczęściej, gdy chcemy skorzystać z usług medycznych, prosimy znajomych, by polecieli nam „dobrego lekarza”. Gdy nikt z naszych znajomych nie może nam kogoś takiego polecić, wchodzimy do Internetu i... zaczynamy szukać.

Internet zrewolucjonizował sposób, w jaki pacjenci wyszukują i wybierają lekarzy. Dzięki sieci pacjenci mogą bez problemu, w kilka minut, sprawdzić ofertę wielu gabinetów medycznych, porównać ceny i zakres usług, a także – i to jest najważniejsze oraz najczęściej wyszukiwane – opinie o lekarzu. Internet jest więc obecnie miejscem, gdzie każdy lekarz, gabinet, przychodnia powinni być obecni oraz świadomie budować swoją markę i wizerunek.

JAKIE KANAŁY KOMUNIKACJI SĄ NAJLEPSZE W BRANŻY MEDYCZNEJ?

Własna strona internetowa

Stronę internetową posiada prawie każdy gabinet medyczny. Pacjent powinien na niej znaleźć przede wszystkim informacje o usługach i ich cenach, o lekarzach oraz możliwości leczenia w ramach NFZ. Wiarygodności dodają placówce opinie pacjentów.

Ważne jest, by strona www zajmowała **wysokie miejsce w wyszukiwarkach**. Internet stanowi podstawowe źródło informacji dla pacjentów, zatem dajmy się wyszukać. Pozycjonowanie, które gwarantuje wysokie miejsce w wyszukiwarkach, pomaga pacjentom trafić do naszego gabinetu, a nie do konkurencyjnych. Najlepsza sytuacja to być w pierwszej dziesiątce linków, bo na te linki użytkownicy wchodzić w pierwszej kolejności.

W dzisiejszych czasach nie ma możliwości budowania marki lekarza lub placówki medycznej bez obecności w Internecie i w mediach społecznościowych. Działania w sieci powinny być przemyślane, zaplanowane, spójne oraz prowadzone regularnie. W przeciwnym wypadku nie przyniosą oczekiwanych rezultatów.

IZABELA WOŁYNIĘC-SOBCZAK

Ekspert personal branding & branding. Pomaga specjalistom, ekspertom, menadżerom i właścicielom firm rozwijać ich biznesy na bazie silnej marki. Prowadzi projekty z klientami indywidualnymi, pracując nad ich markami osobistymi. Współpracuje także z firmami, opracowując personalizowane strategie. Prowadzi szkolenia otwarte z personal branding. Jest praktykiem biznesu, menadżerem, doradcą.

Współpraca z platformami o komplementarnej tematyce

Istnieje wiele serwisów i portali, na których można publikować artykuły budujące świadomość marki. Wystarczy chwilę pomyśleć – gdzie są moi potencjalni pacjenci? Z jakich serwisów korzystają? Co czytają? Gdzie szukają informacji? Portale chętnie nawiązują współpracę z ekspertami, którzy poprzez swoje artykuły dostarczają wartościowego contentu dla ich użytkowników, a przy okazji lekarz ma możliwość pokazania swoich kompetencji, doświadczenia i zachęcenia do skorzystania z usług.

Media społecznościowe

Profile w social media to świetny sposób na budowanie relacji z pacjentami. Media społecznościowe umożliwiają stały kontakt i aktywne zaangażowanie w kwestie stanu zdrowia pacjentów.

W branży medycznej najpopularniejszy jest Facebook. To dobre miejsce dla medycyny, bo praktycznie każdy użytkownik Facebooka będzie prędzej czy później pacjentem. Drugą platformą społecznościową, którą warto wykorzystywać, jest YouTube, bo treści wideo są bardzo atrakcyjne dla użytkowników Internetu oraz wysoko pozycjonowane.

MEDYCYNĄ NA FACEBOOKU?

W Polsce 14 milionów użytkowników Internetu aktywnie korzysta z mediów społecznościowych i prawie każda z tych osób posiada konto na Facebooku (badanie przeprowadzone przez agencję We Are Social w styczniu 2016 r.). Te dane pokazują potencjał Facebooka, który stworzony i używany głównie dla rozrywki, daje również nieograniczone możliwości biznesowi. Jest to miejsce, w którym warto się znaleźć.

Facebook stanowi bardzo dobry kanał bezpośredniej komunikacji z potencjalnymi klientami, czyli pacjentami. **Obecność na Facebooku, jeżeli tylko zostanie dobrze wykorzystana, może przynieść gabinetom, przychodniom i lekarzom wiele korzyści.**

Jaka jest recepta na wykorzystanie Facebooka do budowania marki eksperta?

Aby skutecznie budować markę wykorzystując Facebooka, nie wystarczy tylko założyć fanpage'a i publikować coś od czasu do czasu. Komunikacja musi być prowadzona regularnie oraz uczciwie, tak, aby pacjent nie poczuł się ignorowany i pozostawiony bez odpowiedzi. W prowadzonej na Facebooku dyskusji szybka, szczerą i rzetelną informacją zwrotną jest największą siłą tego przekazu.

Jakie treści publikować?

- **Teksty o tematyce prozdrowotnej** – największe zainteresowanie wzbudzają posty dotyczące zdrowego trybu życia, profilaktyki, aktywności fizycznej, zdrowego żywienia. Edukacja prozdrowotna, czyli publikowanie wiarygodnych informacji, podpieranie się badaniami i własnym doświadczeniem z praktyki lekarskiej budują markę eksperta. Należy pamiętać, aby nie używać zbyt często terminologii medycznej, bo może być ona niezrozumiała dla pacjentów. Przykładowe posty w okresie jesienno-zimowym mogą dotyczyć wzmocnienia odporności, a latem – postępowania w czasie upałów, unikania przegrzania i odwodnienia.
- **Ciekawostki i humorystyczne grafiki** – Facebook to rozrywka, więc tego typu wpisy zawsze cieszą się dużym zainteresowaniem. Poza tym zamieszczanie ciekawych zdjęć czy humorystycznych obrazów uruchamia udostępnianie ich przez fanów, rozszerzając tym samym zasięg fanpage'a i rozprzestrzeniając informacje, a to systematycznie buduje znajomość marki.
- **Informacje o udziale w wydarzeniach i kampaniach społecznych** związanych z promocją zdrowego stylu życia. Fani chętnie angażują się w dyskusje na temat kampanii społecznych, sposobów dbania o swoje zdrowie oraz lifestyle'u. Takie

dyskusje tworzą nastrój partnerstwa i wspólnoty doświadczeń, a stąd już blisko do zaangażowania w markę i jej polecenia.

- **Ankiety do badania oczekiwań klientów** – od czasu do czasu można wykorzystać Facebooka i opublikować ankietę do zbadania interesującego nas zagadnienia, a za wypełnienie ankiety sprezentować fanom np. bon rabatowy na usługi placówki. W taki sposób zbieramy informacje, inicjujemy zaangażowanie fanów, a dając w nagrodę bony, inspirujemy do skorzystania z naszych usług.
- **Konkursy** – bardzo efektywną formą na zaangażowanie fanów i budowanie zasięgu oraz znajomości marki są konkursy. Nagrody mogą być rzeczowe lub, jak przy ankietach, w postaci bonów zniżkowych czy rabatowych na usługi placówki.

„ **Dobra wiadomość jest taka, że sytuację kryzysową można zarządzać, aby minimalizować jej skutki. Potrzebna jest nam tylko właściwa i przemyślana komunikacja. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z typowym pomówieniem, gdy nie jest prawdą to, co ktoś o nas opowiada, również, gdy konkurencja robi nam tzw. czarny PR – warto zacząć od indywidualnego porozmawiania z tą osobą i wyjaśnienia sytuacji. Jednocześnie należy poinformować otoczenie o zaistniałej sytuacji i szybko podjąć działania, które będą zapobiegały rozprzestrzenianiu się fałszywych zarzutów.** „

- **Konsultacje medyczne** – placówka medyczna może uruchomić, jako bonus dla fanów, bezpłatne konsultacje medyczne w formie czatu, w wyznaczony, stały dzień tygodnia, w określonych godzinach.

Publikacje powinny zachęcać do dyskusji, komentowania, bo to buduje więź z użytkownikami oraz tworzy społeczność, a z czasem „ambasadorów marki”, czyli osoby, które z zaangażowaniem biorą udział w „życiu” fanpage'a, placówki medycznej i polecają nas znajomym.

YOUTUBE

YouTube to prawie miliard użytkowników na świecie (dane statystyczne Youtube.pl). W Polsce jest drugim po Facebooku największym serwisem społecznościowym i jednocześnie drugą, po Google, najczęściej używaną wyszukiwarką w naszym kraju. Tak ogromna popularność serwisu i duże zasięgi powodują, że YouTube jest bardzo ważnym narzędziem, które może pomóc w budowaniu marki: lekarza, przychodni lub gabinetu.

Na YouTube świetnie sprawdzają się wszelkie materiały, w których lekarze eksperci dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniami, pokazując efekty zabiegów i kuracji, opowiadają o stosowanych



metodach i wykorzystywanym sprzęcie medycznym. Miła dla pacjentów na pewno będzie także wideowizytówka, na której możemy pokazać placówkę oraz serdecznie do niej zaprosić. Zaletą publikacji materiałów na YouTube jest to, że dobrze opisane filmiki świetnie pozycjonują się w wyszukiwarkach.

PROFESJONALNIE, WIARYGODNIE, Z KLASĄ W INTERNECIE

Komunikacja w Internecie powinna być prowadzona przede wszystkim z szacunkiem dla pacjentów, i co bardzo ważne, z wyrozumieciem, bo nigdy nie wiemy, kto znajduje się po drugiej stronie ekranu, kto czyta nasze publikacje, jak to odbiera, jak interpretuje.

Publikowanie zdjęć lub historii pacjentów bez ich zgody, podawanie nazwisk, jest niedopuszczalne. Również publikowanie treści, które mogą naruszać czyjeś dobra, wartości, treści wulgarne lub obraźliwe nie pomogą w zbudowaniu profesjonalnego wizerunku gabinetu lub lekarza. Każda taka publikacja podważa profesjonalizm gabinetu, a odbudowanie marki jest procesem długotrwałym i wymaga nie lada „gimnastyki”.

W dzisiejszych czasach nie ma możliwości budowania marki lekarza lub placówki medycznej bez obecności w Internecie i w mediach społecznościowych. Działania w sieci powinny być przemyślane, zaplanowane, spójne oraz prowadzone regularnie. W przeciwnym wypadku nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. Wydaje się, że założenie i prowadzenie profilu nic nie kosztuje, ale jest to tylko złudzenie, bo czas zainwestowany w działania na serwisie można wykorzystać w zupełnie inny sposób, który przełoży się na znajomość marki i liczbę pacjentów.

A GDY ZDARZY SIĘ SYTUACJA KRYZYSOWA...

Każdy wcześniej czy później będzie musiał się z nią zmierzyć, gdyż działając w Internecie nie da się sprawować nad tym, co o nas piszą pełnej kontroli. Od momentu spotkania z klientem do pojawienia się pierwszej opinii w sieci upływa czasem zaledwie sekundy. Powszechny dostęp i przepływ informacji sprawia, że opinia o nas, naszych produktach, usługach może ukazać się w sieci natychmiast.

Dobra wiadomość jest taka, że sytuację kryzysową można zarządzać, aby minimalizować jej skutki. Potrzebna jest nam tylko właściwa i przemyślana komunikacja. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z typowym pomówieniem, gdy nie jest prawdą to, co ktoś o nas opowiada, również, gdy konkurencja robi nam tzw. czarny PR – warto zacząć od indywidualnego porozmawiania z tą osobą i wyjaśnienia sytuacji. Jednocześnie należy poinformować otoczenie o zaistniałej sytuacji i szybko podjąć działania, które będą zapobiegały rozprzestrzenianiu się fałszywych zarzutów. Najszybciej możemy to zrobić wykorzystując media społecznościowe, branżowe media internetowe oraz umieszczając komunikat na swojej stronie internetowej. Najskuteczniejszy w takiej sytuacji jest Internet, ze względu na możliwość komunikacji w czasie rzeczywistym. Jeśli mamy taką możliwość, warto zamieścić wypowiedź czy opublikować wywiad w mediach codziennych typu radio, prasa, bo czas ma tu ogromne znaczenie.

Jeśli sytuacja rozwiąże się pomyślnie, wystarczą przeprosiny, opisanie zdarzenia z wyjaśnieniem. Na pewno należy unikać publicznych dyskusji, konfrontacji i obrzucania się argumentami, nawet wtedy, gdy prawda leży po naszej stronie. Podczas dyskusji często powstają dwa „obozy” i nakręca się spirala agresji, a każda sytuacja konfliktowa zdecydowanie nie służy dobremu wizerunkowi marki. Najkorzystniej rozwiązać problem szybko i polubownie, bez dużego rozgłosu.

Jednak w niektórych sytuacjach, gdy dochodzi do poważnego naruszenia prawa do wizerunku bądź innego, chronionego dobra osobistego, naruszenia dóbr własności intelektualnej,

takich jak prawa autorskie lub do znaków towarowych, należy udać się do prawnika. Prawniki doradzi, z jakim rodzajem naruszenia mamy do czynienia i jakie działania na drodze prawnej możemy podjąć. W zależności od sytuacji, należy zgłosić się do prawnika specjalizującego się w ochronie dóbr osobistych i wizerunku lub, gdy w grę wchodzi również inne naruszenia praw własności intelektualnej, do rzecznika patentowego.

Inaczej postępujemy w sytuacji, gdy faktycznie wina leży po naszej stronie i są na to twarde dowody. W takich okolicznościach należy postępować zgodnie z regułą 5 P. Jest to prosty mechanizm, którego twórcami są Michael Regester i Judy Larkin – specjaliści w zakresie zarządzania sytuacjami kryzysowymi. Reguła sprowadza się do 5 działań, które należy podjąć w sytuacjach kryzysowych.

1. **Pokaż ludzką twarz.** W sytuacji kryzysowej najważniejsze są emocje. Ludzie nie zachowują się racjonalnie, lecz emocjonalnie. Pokazanie ludzkiej twarzy daje poczucie, że tak samo jak klienci, tak Ty i firma przeżywasz tę sytuację.
2. **Przyznaj, że zdarzenie miało miejsce i przeproś.** Nigdy nie pozostawiaj żadnej sytuacji bez wyjaśnienia, bo to tylko nakręca domysły, spekulacje i interpretacje. Wyłumacz, udziel rzetelnej, konkretnej informacji, pokaż tło wydarzeń. Kryzys to okazja, aby pokazać się klientom z innej strony – takiej, w której Twoja marka to firma godna zaufania, radząca sobie z problemami i mająca odwagę przyznać się do błędu.
3. **Podejmij działania.** Jeśli nie znasz odpowiedzi, nie wiesz jeszcze, co powiedzieć, nie ignoruj, tylko napisz, że analizujesz problem i za chwilę przekażesz informację. Wszelkie dyskusje należy łagodzić i wygaszać. Wolisz nie odpowiadać na złośliwe pytanie lub takie, na które odpowiedź może Ci zaszkodzić? Zmień temat, zwróć uwagę na inny powiązany z tematem aspekt, ale reaguj. Nie unikaj odpowiedzi i oczywiście nie kłam, bo gdy kłamstwo wyjdzie na jaw, będzie jeszcze gorzej. Klienci Ci tego nie podarują.
4. **Powetuj straty.** W sytuacji kryzysowej zawsze trzeba podjąć konkretne działania, aby zminimalizować nieprzyjemne odczucia w stosunku do marki. Aby nie potęgować tych odczuć, należy szybko zareagować, zaopiekować się poszkodowanymi i zrehabilitować im poniesione szkody.
5. **Popraw się, by zdarzenie się nie powtórzyło.** Piąte P związane jest z teorią atrybucji, która mówi, że ludzie nie ufają firmom, którym zdarza się kolejny raz ten sam kryzys. Jeśli podejmiemy powyższe działania, pokażemy, że jesteśmy uczciwi, jest nam przykro, przepraszamy, naprawiamy błędy, zadośćuczynimy poszkodowanym, podejmujemy działania, aby nie popełniać ich ponownie, to pozostaje pytanie – jak nam nie wybaczyć?

Prawidłowo przeprowadzona komunikacja kryzysowa pokazuje markę w dobrym świetle, a nierzadko może nawet poprawić wizerunek. Jedno jest pewne – nie wszystkich uda się zadowolić. Musimy przyjąć, że zawsze znajdzie się ktoś, kto po zostanie przy swoim zdaniu i będzie miał do tego prawo.

PODSUMOWANIE

Każdy lekarz stara się być ekspertem w swojej dziedzinie, gdyż jego wiedza i umiejętności, a także sposób traktowania pacjentów, buduje w nich zaufanie. Z kolei **zaufanie buduje autorytet i jest niezbędnym warunkiem zbudowania pozycji eksperta** w dłuższej perspektywie czasowej. **Pozycja eksperta pozwala rozwijać się zawodowo, rozwijać swoją praktykę lekarską, a nawet mieć wpływ na rozwój medycyny. Internet to narzędzie, które umożliwia szybko zbudować znajomość marki i które obecnie jest niezbędne w skutecznej komunikacji.**

Lekarz w sieci. Co wolno, a czego nie wolno z punktu widzenia prawa?

Do upubliczniania poprzez Internet danych medycznych, nawet jeśli dostęp do treści ograniczony jest do określonego kręgu osób, należy podchodzić z ostrożnością, zwłaszcza gdy istnieje możliwość choćby pośredniego powiązania informacji z konkretnym pacjentem.

Upublicznianie informacji

Przewodnią kwestią dla oceny prawnej zamieszczania treści medycznych w sieci internetowej jest rozróżnienie, po pierwsze, przypadków umożliwiających ustalenie tożsamości pacjenta oraz, po drugie, całkowicie zanonimizowanego opisu zdarzeń medycznych. Wbrew pozorom te pierwsze sytuacje są zdecydowanie częstsze. Niemniej nie wiążą się z podawaniem wprost danych personalnych pacjenta w postaci imienia i nazwiska – byłaby to sytuacja tak skrajnie i oczywiście sprzeczna z tajemnicą lekarską (przy braku zgody pacjenta), że trudno nawet przypuszczać, aby mogła faktycznie zaistnieć. Jednak w Internecie podanie imienia i nazwiska to tylko jedna z wielu metod identyfikacji. Nierzadko może zająć przypadek, że **dane personalne pacjenta wskazywane są**

pośrednio, a przy tym bez zamiaru identyfikacji. Kwestia ta wynika również z dotyczącego tajemnicy lekarskiej przepisu art. 40 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹, zakazującego nie tyle upubliczniania, bez zgody, danych personalnych, ale podawania do publicznej wiadomości jakichkolwiek danych umożliwiających identyfikację pacjenta, a zatem także informacji pozwalających pośrednio ustalić jego tożsamość.

Sytuacja lekarzy jest o tyle kłopotliwa, że **niezwykle trudne jest oddzielenie problemu medycznego od konkretnego pacjenta**, a jednocześnie nie sposób zrezygnować z dobrodziejstw Internetu w zakresie wymiany wiedzy i doświadczeń. Przy dyskusjach zawodowych wykorzystujących multimedia uniknięcie odwołań do konkretnego pacjenta

Jeśli treści związane z leczeniem nie pozwalają na identyfikację pacjenta, to nie oznacza to dowolności w ich publikowaniu w Internecie. Przede wszystkim takie działania mogą negatywnie wpływać na odbiorców tych treści. W takich sytuacjach może dojść do naruszenia dóbr osobistych czytelników lub widzów, o ile możliwe byłoby wykazanie, że doszło do naruszeń, przykładowo czci lub godności odbiorców. Wreszcie nie jest wykluczona w takich sytuacjach penalizacja zachowań z tytułu znieważenia zwłok (art. 262 § 1 Kodeksu karnego) lub rozpowszechniania wizerunku nagiej osoby bez jej zgody (art. 191a § 1 Kodeksu karnego).



Fot. z archiwum autora

**DR ŁUKASZ
GOŹDZIASZEK**

Adwokat i adiunkt w Centrum Badań Problemów Prawnych i Ekonomicznych Komunikacji Elektronicznej na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.





może być nierzadko niemożliwe. Jednak dokumentacja medyczna podlega szczególnej ochronie prawnej i nie ma przesłanek do umniejszenia tej ochrony wskutek rozwoju sieci internetowej.

W pierwszej kolejności przy upowszechnianiu informacji w Internecie **trzeba uwzględnić problematykę metadanych, czyli danych technicznie towarzyszących innemu danemu, ale niekoniecznie widocznych dla przeciętnych odbiorców treści. Najlepszym przykładem w tym zakresie są pliki z fotografiami.** Oprócz samego „widoku” obrazu zawierają zazwyczaj również wiele metadanych, przykładowo datę i godzinę wykonania, dane geolokalizacyjne lub dane o właścicielu sprzętu fo-

” —
Odnosnie do (...) metadanych i mechanizmów ustalania tożsamości – trzeba mieć na uwadze, że nawet jeśli obecnie nie korzysta się z nich na masową skalę, co częściowo jest pochodną niedoskonałej technologii, to w przyszłości przeszkody techniczne zostaną przezwyciężone. Wprowadzane zatem dziś do sieci dane mogą być przetwarzane dopiero za kilka lat. Nie bez przyczyny przewiduje się rosnącą rolę tzw. big data. Upubliczniając dane medyczne w Internecie trzeba mieć zatem świadomość, że mogą one być przetwarzane dopiero w przyszłości, a tym samym dopiero wtedy dojdzie do ustalenia danych personalnych pacjenta.

tografującego. Nie można wykluczyć, że w ramach opisu zdjęcia w metadanych wystąpi nazwisko pacjenta lub jego PESEL, choćby poprzez powiązanie z nazwą folderu na komputerze, w który zdjęcia były gromadzone (w tym zakresie zob. szerzej zagadnienie standardu EXIF związanego z fotografią cyfrową). Pozornie zanonimizowana fotografia faktycznie może zatem zawierać szereg metadanych o pacjencie. Oprogramowanie komputerowe do gromadzenia dokumentacji medycznej hipotetycznie może również samo nadpisywać metadanymi pliki ze zdjęciami. Na marginesie wyjaśnić jednak warto, że w przypadku zamieszczania zdjęć na popularnych portalach społecznościowych dochodzi często do automatycznego wy-

Zamieszczanie zdjęć w mediach społecznościowych wiąże się również z potencjalną możliwością poddania ich obróbce przez różne mechanizmy ustalania tożsamości. Przykładowo Facebook stosuje (jeśli użytkownik wyrazi zgodę) technologię DeepFace do automatycznego oznaczania (tagowania) osób na fotografiach. Dawniej miarodajne technologie opierały się na rozpoznawaniu twarzy, jednak obecnie widok twarzy nie jest niezbędny dla automatycznego rozpoznania osoby na zdjęciu – uwzględnia się choćby takie elementy jak postawę ciała, kształt sylwetki, a w przypadku wideo sposób chodzenia.

Odnosnie do opisywanych w poprzednich dwóch akapitach metod identyfikacji – metadanych i automatycznych mechanizmów ustalania tożsamości – trzeba mieć na uwadze, że nawet jeśli obecnie nie korzysta się z nich na masową skalę, co częściowo jest pochodną niedoskonałej technologii, to w przyszłości przeszkody techniczne zostaną przezwyciężone. Wprowadzane zatem dziś do sieci dane mogą być przetwarzane dopiero za kilka lat. Nie bez przyczyny przewiduje się rosnącą rolę tzw. **big data**. Upubliczniając dane medyczne w Internecie trzeba mieć zatem świadomość, że mogą one być przetwarzane dopiero w przyszłości, a tym samym dopiero wtedy dojdzie do ustalenia danych personalnych pacjenta.

Rozpowszechnianie informacji o pacjentach w Internecie już samo w sobie może być uznane za nielegalne. Nie musi wiązać się z wyrządzeniem krzywdy lub szkody pacjentowi. W przypadku danych zdrowotnych najczęściej w ogóle nie będzie rodziła się potrzeba wyznaczania granic w upublicznianiu takich treści, ponieważ **z zasady** takie wykorzystywanie informacji medycznych jest zakazane. **Prawo, poprzez regulacje służące ochronie danych osobowych, chroni autonomię informacyjną jednostki.** Tylko osoba, której dane dotyczą, jest uprawniona do dysponowania informacjami o sobie. Pozostałe osoby mogą te informacje przetwarzać, w tym rozpowszechniać, ale tylko w sytuacjach wprost określonych przez prawo. Jeżeli zaś poprzez upublicznienie danych dojdzie do wyrządzenia realnej krzywdy konkretnej osobie, to zaistnieją przesłanki do zastosowania różnego typu sankcji prawnych, w tym najbardziej reprezentatywnych w tym zakresie cywilnoprawnych konsekwencji związanych z **naruszeniem dóbr osobistych**.

Treści pozwalające na zidentyfikowanie pacjenta

Niezależnie od kwestii rzeczywistego godzenia w interesy pacjenta, wykorzystywanie danych osobowych pacjentów (w szczególności ich udostępnianie, ale nie tylko), podlega pod regulację ustawy o ochronie danych osobowych², przy czym wspomnieć warto, że ustawa ta od 24 maja 2018 roku zostanie zastąpiona przez nowy akt prawny – unijne ogólne rozporządzenie o danych osobowych³. Przepis art. 6 tej ustawy wskazuje, że za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Osobą możliwą do zidentyfikowania jest zaś osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności przez powołanie się na jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne lub fizjologiczne. Danymi osobowymi są zatem nie tylko imię, nazwisko czy też PESEL, ale również wizerunek i wszelkie cechy organizmu, o ile możliwe jest poprzez nie określenie tożsamości konkretnej osoby. Z kolei art. 27 tej ustawy, regulujący problematykę tzw. danych wrażliwych, jasno stanowi, że zabrania się przetwarzania danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym. Użyte pojęcie przetwarzania oznacza każdą operację na danych osobowych, w tym obejmuje czynność upubliczniania danych w Internecie. Od

tak określonego zakazu przetwarzania danych wrażliwych są jednak wyjątki, obejmujące m.in. takie sytuacje jak:

- wyrażenie zgody na piśmie przez osobę, której dane dotyczą;
- zezwolenie przepisem innej ustawy na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby;
- ochrona żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody;
- przetwarzanie w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych;
- podanie danych do wiadomości publicznej przez osobę, której dane dotyczą;
- prowadzenie badań naukowych (przy czym publikowanie wyników badań nie może umożliwiać identyfikacji osób).

Z powyższym korespondują zapisy dotyczące tajemnicy lekarskiej (art. 41 ust. 1-4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 23-29 Kodeksu etyki lekarskiej). **Żadna z tych norm nie uprawnia do publikacji w Internecie danych osobowych pacjenta bez jego zgody.** Przeciwnie, przywoływany już na wstępie art. 41 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazuje, że w przypadku podawania do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, zawsze konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta.

Jeśli upublicznione informacje identyfikują i jednocześnie godzą w interesy pacjenta, może on wystąpić z pozwem związanym z naruszeniem jego dóbr osobistych. Prawo nie określa jednoznacznie, czym są owe dobra osobiste, a jedynie przykładowo wymienia (nie jest to katalog zamknięty), że dobra osobiste człowieka to m.in.: zdrowie, wolność, cześć, nazwisko lub pseudonim, wizerunek (tak art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego⁴). W przypadku informacji medycznych najczęściej będzie dochodziło do naruszenia czci pacjenta. Osoba, której dobro osobiste zostało naruszone, może żądać wtedy zaniechania tego działania, dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków (w szczególności złożenia oświadczenia przeproszającego), zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego lub odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny, a także, w razie wyrządzenia szkody majątkowej, odszkodowania. Alternatywnie możliwe jest dochodzenie roszczeń związanych z naruszeniem wizerunku (zob. art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych⁵).

Treści zanonimizowane i odczucia odbiorców

Jeśli treści związane z leczeniem nie pozwalają na identyfikację pacjenta, to nie oznacza to dowolności w ich publikowaniu w Internecie. Przede wszystkim takie działania mogą negatywnie wpływać na odbiorców tych treści. W takich sytuacjach może dojść do naruszenia dóbr osobistych czytelników lub widzów, o ile możliwe byłoby wykazanie, że doszło do naruszeń, przykładowo czci lub godności odbiorców. Wreszcie nie jest wykluczona w takich sytuacjach penalizacja zachowań z tytułu znieważenia zwłok (art. 262 § 1 Kodeksu karnego⁶) lub rozpowszechniania wizerunku nagiej osoby bez jej zgody (art. 191a § 1 Kodeksu karnego).

W związku z okolicznością, że praktyka lekarska prowadzona jest w ramach działalności gospodarczej, możliwe staje się kwalifikowanie zachowań lekarzy jako czynów nieuczciwej konkurencji. W myśl art. 3 ust. 1 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji⁷ czynem nieuczciwej konkurencji jest działa-

nie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, jeżeli zagraża lub narusza interes innego przedsiębiorcy lub klienta. W szczególności nierzadko publikowanie treści w Internecie może być potraktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy (abstrahując w tym miejscu od kwestii dopuszczalności reklamowania usług medycznych, ponieważ odpowiedzialność za złamanie zakazu w tym zakresie nie wyklucza odpowiedzialności za czyny nieuczciwej konkurencji), w szczególności jako reklama uchybiająca godności człowieka, odwołująca się do uczuć klientów przez wywoływanie lęku lub stanowiąca istotną ingerencję w sferę prywatności, w tym poprzez nadużywanie technicznych środków przekazu informacji (tak art. 16 ust. 1 pkt 1, 3 i 5 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji).

Przedstawione regulacje dotyczące dóbr osobistych nie wyznaczają konkretnej granicy, przekroczenie której rodzi konsekwencje prawne. Przywoływane powyżej przepisy art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego celowo nie są w pełni precyzyjne – tak aby mogły objąć możliwie największą ilość przypadków, bez względu na zmieniające się otoczenie, w tym rozwój medycyny i sieci internetowej. W przypadku naruszeń dóbr osobistych konieczne jest jednak przede wszystkim uwzględnienie, że oceny konkretnego zachowania dokonuje się poprzez odwołanie do obiektywnego modelu naganności i krzywdy, a nie subiektywnych odczuć pokrzywdzonego lub subiektywnych przekonań naruszającego.

Nakładanie się konsekwencji prawnych

Konkretna sytuacja związana z upublicznieniem informacji medycznych w Internecie może wiązać się z szeregiem konsekwencji prawnych. Co więcej, konsekwencje te nie wykluczają się. Z konkretną czynnością nie wiąże się tylko jedna sankcja. Jest to efektem wyróżniania przez prawo kilku niezależnych od siebie rodzajów odpowiedzialności: cywilnej, karnej i administracyjnej. Przykładowo może zdarzyć się tak, że osoba poniesie odpowiedzialność cywilną za naruszenie dóbr osobistych (co może zobowiązywać choćby do publicznych przeprosin), ale jednocześnie zostanie skazana (za to samo zdarzenie) przez sąd karny tytułem zniesławienia (art. 212 Kodeksu karnego) lub zniewagi (art. 216 Kodeksu karnego). Wyjaśnić przy tym należy, że dane osobowe i dobra osobiste to dwie odrębne kategorie prawne – pierwsze chronione są mocą regulacji administracyjnych (organy państwa mogą podejmować w tym przypadku czynności z urzędu), z kolei drugie należą do sfery cywilnoprawnej, a zatem regulują stosunki pomiędzy prywatnymi osobami i komercyjnymi podmiotami.

Przypisy:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
3. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, s. 1-88).
4. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 380 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 666).
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r. Nr 153 poz. 1503).



godz.
20.00

**4 lutego
2017 r.**

Dolnośląska Rada Lekarska zaprasza na

VIII BAL LEKARZA

który odbędzie się 4 lutego 2017 r. (sobota)
w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Koszt uczestnictwa w VIII Balu Lekarza wynosi **250 zł od osoby/500 zł od pary**.
Dolnośląska Izba Lekarska nie dofinansowuje tego przedsięwzięcia!

Zapewniamy:

bogate menu, zabawę przy profesjonalnym zespole muzycznym,
open bar z alkoholem.

Bal rozpocznie się o godz. 20.00.

Rezerwacji miejsc prosimy dokonywać telefonicznie lub drogą elektroniczną:
tel. 71 798 80 52, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

Wpłaty prosimy dokonywać na konto działającej przy DIL Fundacji „Dla Wiedzy i Mądrości”:
12 2030 0045 1110 0000 0402 7620
do 20 stycznia 2017 r. z dopiskiem
„VIII BAL LEKARZA” lub bezpośrednio w kasie Izby.

IŁOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA!



Koncert kolęd

13 stycznia 2017 r.

Klub Lekarza DIL, godz. 17.00

GOSPODARZE WIECZORU:
dr n. med. Piotr Knast
i Tomasz Krajewski

Rada Klubu Lekarza Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
zaprasza Koleżanki i Kolegów na koncert kolęd,
który odbędzie się 13 stycznia 2017 r. o godz.
17.00 w Klubie Lekarza DIL, ul. Kazimierza
Wielkiego 45, Wrocław (parter).

Wrocławscy artyści gwarantują moc wrażeń. Reszta to niespodzianka!

Wstęp wolny

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/christmas-decorations-1814927/maciej326, www.pixabay.com/photos/sheet-music-1457294/cocoparisienne

Z okazji świąt Bożego Narodzenia
wielu głębokich i radosnych przeżyć,
wewnętrznego spokoju, wytrwałości i radości
oraz błogosławieństwa Bożego
w każdym dniu nadchodzącego roku
życzą
prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz członkowie DRL

Magia świąt to dziecięca wiara
w Świętego Mikołaja,
spokojna rozmowa z bliskimi przy kominku,
rozleniwiony telefon, zaspany budzik i śnieg,
który nie jest utrapieniem.
Magicznych świąt Bożego Narodzenia
życzy zespół redakcyjny „Medium”.



Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/christmas-ball-316490/PublicDomainPictures

Zawód farmaceuty i rola apteki w ochronie zdrowia zmieniły w ostatnim czasie swoje oblicze. Powstał projekt parlamentarny zakładający realizację postulatów, o które zabiegało środowisko farmaceutów. Projekt dający szansę na wdrożenie zmian. Te są różnie oceniane przez otoczenie. O tym, w jakim kierunku zmierza polska farmacja, co zmieni się na rynku aptek i jakie są reperkusje wrześniowego Kongresu *Farmacja 21* rozmawiam z prof. Januszem Plutą, prezesem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i mgr. farm. Pawłem Łukasińskim, prezesem Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu.



Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/drug-bottle-1674888/metsi, www.pixabay.com/photos/business-1316931/martex

Magdalena Orlicz-Benedycka: W dniach 23-24 września odbył się Kongres *Farmacja 21. Farmaceuci w ochronie zdrowia*. Jakie są echa spotkania, co było tematem wiodącym? W listopadzie obchodzono uroczystości 70-lecie Wydziału Farmacji UMW...

Prof. dr hab. Janusz Pluta, prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego: Farmacja wrocławska ma 70 lat. Oficjalnie działalność naszej uczelni na tym Wydziale zainaugurowano w 1946 roku, ale już w roku 1945 rozpoczęto prace organizacyjne. Będąc dziekanem Wydziału w kilku kadencjach, miałem okazję uczestniczyć w jego życiu organizacyjnym, obserwować jego rozwój na przestrzeni wielu lat. Mam różne punkty widzenia. Jedną z ważniejszych konferencji organizowanych na Wydziale był wspomniany Kongres *Farmacja 21. Farmaceuci w ochronie zdrowia*. Była to druga konferencja z tego cyklu. Tegoroczne spotkanie naszego środowiska stanowiło kontynuację ubiegłorocznego kongresu. Tematem wiodącym obu była opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia. W poprzednim roku gościliśmy przedstawicieli różnych krajów, którzy mówili, jak jest zorganizowana opieka u nich. W tym roku dyskutowaliśmy na temat stanu opieki farmaceutycznej w Polsce – na jakim etapie jesteśmy. Innym omawianym szeroko zagadnieniem był problem zafałszowań i bezpieczeństwa produktów medycznych. Obecnie tworzy się bazę danych, która umożliwi identyfikację

każdego opakowania leku i prześledzenie jego historii. To szansa, by wyeliminować z obrotu zafałszowane leki.

Problemy farmacji praktycznej, a szczególnie aptekarstwa (apteki szpitalne i otwarte) to temat gorący i dyskutowany. Obecny podczas kongresu wiceminister zdrowia Krzysztof Łąda mówił o zamierzeniach rządu, rewolucyjnych jak na środowisko aptekarskie. Jednym z nich były planowane zmiany własnościowe aptek, doprowadzenie do sytuacji, w której apteki będą własnością farmaceutów. To nie jest nowe hasło, mówiliśmy już o tym w latach 90. ubiegłego wieku, w czasie prywatyzacji aptek. Wybrano jednak bardziej liberalne rozwiązanie, które również moim zdaniem nie przysłużyło się ani pacjentom, ani naszemu środowisku. Wobec istniejących już na naszym rynku podmiotów posiadających często wiele aptek, zmiany własnościowe nie będą możliwe. Bardziej realny wydaje się pomysł, aby nowo powstające apteki podlegały temu prawu. Jednak opór podmiotów posiadających często duże sieci aptek będzie silny, ze względu na lobbiny i wpływy.

M.O.B.: Podczas kongresu mówiono także na temat kształcenia farmaceutów. Jakich aspektów dotyczą najistotniejsze problemy?

J.P.: Bardzo ważna dla PTFarm i środowisk akademickich jest kwestia szkolenia podyplomowego. Gościliśmy na kongresie dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, dzie-

kanów wydziałów farmaceutycznych oraz przedstawiciela Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. W związku z wprowadzaną cyfryzacją w ochronie zdrowia rozmawialiśmy o próbie ujednolicenia kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych. Trudno jest ujednolicić to kształcenie, ponieważ farmaceuci, w przeciwieństwie do innych zawodów medycznych, całkowicie ponoszą jego koszty. Swego czasu zniesiono u nas obowiązek posiadania specjalizacji kierowników aptek. Tłumaczono to brakiem takiego wymogu w innych krajach europejskich. Obecnie prawnicy ministerialni zmienili zdanie i uważają za dopuszczalne istnienie takiego wymogu. Środowisko ma jednak różne punkty widzenia na ten temat. Większość farmaceutów widzi potrzebę wprowadzenia tego obowiązku, ale nie wszyscy. Próbuje się w tym względzie przekonywać do takiego rozwiązania. Uzyskanie specjalizacji to dla osób szkolących się koszt, poświęcenie czasu na naukę, konieczność zdania stosownego egzaminu i tym samym poddanie się ocenie, również środowiska, co w przypadku negatywnej noty nie jest doznaniem przyjemnym. A w obecnym modelu uzyskanie specjalizacji nie służy niestety awansowi zawodowemu farmaceuty.

Poza tym poruszaliśmy problemy związane z aptekami szpitalnymi, potrzebą nowelizacji istniejących standardów szkolenia przed i podyplomowego. Dyskutowaliśmy również o konieczności zapobiegania błędom farmaceutycznym. Przedstawiciele władzy usłyszeli opinie środowiska farmaceutów w tych i innych sprawach i mamy nadzieję, że będą one wzięte pod uwagę.

M.O.B.: Rola farmaceuty w ochronie zdrowia. Jak należy rozumieć wiodący temat kongresu?

J.P.: W ostatnich latach zmieniła się rola farmaceutów w opiece nad pacjentem. Na pewno obserwuje się w tym zakresie tendencję wzrostową. Przejawem tego jest obecne zapotrzebowanie na rozwój opieki farmaceutycznej. Wszelkie zmiany organizacyjne wymagają niestety nakładów finansowych. Dlatego przeprowadzenie ich nie jest łatwe. Zaistnienie opieki farmaceutycznej w aptekach wymaga finansowania. Za to trzeba zapłacić, ale jednocześnie przynosi ona milionowe korzyści wynikające z niedopuszczania do interakcji, eliminacji działań niepożądanych i stwarza szansę lepszego leczenia pacjentów. Wizja dochodów to wizja przyszłości. Niestety najpierw trzeba zainvestować!

Moim zdaniem, rolę i pozycję farmaceuty można wzmacniać tylko przez zwiększenie kwalifikacji, doksztalcenie i szkolenie. Dlatego uważam, że zespołem fachowców, a ta-

kim jest personel apteczny, musi kierować osoba posiadająca specjalizację. To zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Obowiązek posiadania specjalizacji przez osoby kierujące apteką powinien być przywrócony.

M.O.B.: Mówimy o coraz większej roli farmaceuty, ale jednocześnie zmagamy się z narastającym problemem samoleczenia się pacjentów w Polsce...

J.P.: Nie uda się nam wyeliminować samoleczenia wśród pacjentów. Wraz z rozwojem Internetu pojawiły się możliwości kupienia za jego pośrednictwem preparatów leczniczych. Mamy również rosnący asortyment leków dostępnych bez recepty lekarskiej. Jednak trzeba sobie zdawać sprawę z niebezpieczeństwa leczenia się z pominięciem porady lekarskiej czy farmaceutycznej. Może to mieć dla niektórych skutki tragiczne. Dlatego tak ważne jest przekazywanie przez farmaceutów wiedzy na temat leków, choroby, unikania czynników ryzyka w ramach opieki farmaceutycznej.

M.O.B.: Opieka farmaceutyczna w Polsce. Jak wypadamy pod tym względem na tle innych krajów?

J.P.: W krajach skandynawskich czy w Wielkiej Brytanii opieka farmaceutyczna jest finansowana przez odpowiednik naszego NFZ. Koszty prowadzenia opieki za każdego pacjenta są refundowane aptekom. W Polsce nie ma na razie sformalizowanej opieki farmaceutycznej. Jednak próbujemy nauczać jej podstaw. W programie nauczania istnieje przedmiot opieka farmaceutyczna. Kształcąc farmaceutów, mówimy nie tylko o lekach, ale również dużo więcej o samej chorobie, możliwościach jej leczenia. Jest to konieczność, ponieważ farmacja w ostatnich latach wyraźnie się „umedycyniła”.

M.O.B.: Jak ocenia Pan obecną sytuację na rynku farmaceutycznym?

Mgr farm. Paweł Łukasiński, prezes Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu: Błędy i zaniechania polityków w minionych kadencjach spowodowały chaos i kompletne rozregulowanie rynku detalicznego leków w Polsce. Lista argumentów, wskazująca na konieczność podjęcia niezbędnych działań przywracających ład i porządek jest tak długa, że mógłbym napisać książkę. Na potrzebę stabilizacji systemu detalicznej dystrybucji leków w Polsce wskazuję od kilku lat. Przed nami wiele pracy i wysiłku, aby przywrócić wysoką pozycję zawodową farmaceutów i stabilną pozycję ekonomiczną indywidualnych aptek polskich.

Każdego dnia apteki w Polsce służą pomocą 2 milionom pacjentów, czemu nawet dziwić się politycy. To pokazuje, jaka jest skala wsparcia aptek i farmaceutów w systemie ochrony zdrowia.



Fot. z archiwum J.P.

Prof. dr hab. Janusz Pluta, prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

W krajach skandynawskich czy w Wielkiej Brytanii opieka farmaceutyczna jest finansowana przez odpowiednik naszego NFZ. Koszty prowadzenia opieki za każdego pacjenta są refundowane aptekom. W Polsce nie ma na razie sformalizowanej opieki farmaceutycznej. Jednak próbujemy nauczać jej podstaw. W programie nauczania istnieje przedmiot opieka farmaceutyczna. Kształcąc farmaceutów, mówimy nie tylko o lekach, ale również dużo więcej o samej chorobie, możliwościach jej leczenia. Jest to konieczność, ponieważ farmacja w ostatnich latach wyraźnie się „umedycyniła”.



Fot. z archiwum P.L.

Mgr farm. Paweł Łukasiński, prezes Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu

Pytanie, przed jakim stoją dzisiaj polscy politycy, polski parlament, jest takie: czy chcemy – zgodnie z interesem pacjentów, budżetu państwa i szeroko rozumianą polityką lekową – przywrócić prawidłowo funkcjonujący system detalicznej dystrybucji leków oparty na aptekach a nie sklepach z lekami, oparty na polskich farmaceutach wykonujących zawód zaufania publicznego a nie sprzedawcach realizujących targety sprzedaży, czy też będziemy trwać w chaosie do momentu, kiedy nastąpi całkowite załamanie się rynku detalicznego leków w Polsce?



Jak wynika z analizy badań rynku farmaceutycznego wielu krajów, wysoka pozycja zawodowa i możliwość wykonywania wolnego zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód farmaceuty, jest zbieżna ze stabilnością ekonomiczną aptek i rozwiązaniami przeciwdziałającymi monopolizacji rynku detalicznego leków. Apteki i zatrudnieni w nich farmaceuci, z punktu widzenia interesu społecznego, stanowią ogromną wartość dodaną, zwłaszcza w dobie niewydolności systemu ochrony zdrowia i rosnących kosztów jego funkcjonowania. Próby stawiania znaku równości między rynkiem detalicznym leków a pozostałymi segmentami rynku detalicznego są ogromnym nieporozumieniem, i dowodzą kompletnego niezrozumienia istoty funkcjonowania i roli aptek w systemie ochrony zdrowia, jak też roli, jaką mają do spełnienia farmaceuci w zapewnieniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii. Nie znam źródeł mówiących o pozytywnych aspektach liberalizacji i monopolizacji systemu detalicznej dystrybucji leków, a sprowadzanie apteki do poziomu sklepu z lekami, farmaceutów do roli sprzedawców to nieporozumienie. Badania w wielu krajach pokazały w sposób bezdyskusyjny, jak istotna jest rola aptek i farmaceutów w systemie ochrony zdrowia publicznego.

Pytanie, przed jakim stoją dzisiaj polscy politycy, polski parlament jest takie: czy chcemy – zgodnie z interesem pacjentów, budżetu państwa i szeroko rozumianą polityką lekową – przywrócić prawidłowo funkcjonujący system detalicznej dystrybucji leków oparty na aptekach a nie sklepach z lekami, oparty na polskich farmaceutach wykonujących zawód zaufania publicznego a nie sprzedawcach realizujących targety sprzedaży, czy też będziemy trwać w chaosie do momentu, kiedy nastąpi całkowite załamanie się rynku detalicznego leków w Polsce. Odpowiedź jest dla mnie oczywista i mam nadzieję, że zdołam przekonać do niej, wraz z innymi koleżankami i kolegami z samorządu aptekarskiego, polski rząd i przedstawiciele polskiego parlamentu. Samorząd aptekarski musi wykazać ponad wszelką wątpliwość, że charakter naszych oczekiwań nie jest roszczeniowy, lecz zgodny z interesem społecznym. Ufam, że pojawiła się dla nas wielka szansa, jaką może być głęboka reforma systemu detalicznej dystrybucji leków w Polsce.

M.O.B.: Wróćmy do Kongresu Farmacja 21. Co przyniósł aptekom i farmaceutom?

P.Ł.: Zapytałem wiceministra zdrowia, czy nie jest nam potrzebny lub konieczny nowy kształt rynku detalicznego leków. Pan minister nie zaprzeczył, zgodził się z moją propozycją niezbędnych zmian systemowych, jednak nie złożył żadnych konkretnych deklaracji. Moim zdaniem to jest ostatni moment, aby wdrożyć nowe rozwiązania.

M.O.B.: Jednym z tematów kongresu była współpraca na linii lekarz – pacjent – farmaceuta, która wciąż nie jest prawidłowa w naszym kraju. Co Pan sądzi na ten temat?

P.Ł.: Relacja, o której Pani mówi jest fundamentem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Mamy do czynienia z tandemem, który sprawuje opiekę nad pacjentem. W aptekach sieciowych farmaceuci będący pracownikami mogą mieć problemy w realizowaniu własnej koncepcji etycznej wykonywania zawodu. Mogą być zmuszeni do realizowania zadań postawionych przez właścicieli aptek, którzy często nie mają wykształcenia medycznego i tym samym nie rozumieją misji i roli apteki. Takie jest moje odczucie. Natomiast znakomita większość polskich farmaceutów reprezentujących zawód zaufania społecznego ma na względzie etykę wykonywania swojego zawodu. Etyka jest silnym argumentem w relacji apteka – pacjent, a nie zysk.

Reasumując, zacytuję opinię Trybunału Sprawiedliwości w Strassburgu, który w swoim wyroku wskazał: „Tylko farmaceuta będący właścicielem apteki gwarantuje jej funkcjonowanie zgodne z powierzoną jej funkcją społeczną”. To bardzo ważny argument, potwierdzający stawiane przez nas tezy o szkodliwości liberalizacji i monopolizacji systemu detalicznej dystrybucji leków, jakiej doświadczamy w Polsce od wielu lat.

W wywiadzie wykorzystane zostały fragmenty wypowiedzi mgr. farm. Pawła Łukasińskiego, które ukazały się na łamach pisma DIA.

Rozmawiała Magdalena Orlicz-Benedycka

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na spotkanie opłatkowe, które odbędzie się w Auli Papieskiej Papieskiego Wydziału Teologicznego **21 stycznia 2017 r. o godz. 12.00.**

Kontakt z nami:

Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu, p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Spotkanie świąteczno-noworoczne KLPK

Koło Lekarzy Prywatnie Praktykujących zaprasza członków oraz sympatyków Koła na uroczyste spotkanie świąteczno-noworoczne, które odbędzie się **17 grudnia 2016 r. o godz. 10.00 w sali konferencyjnej DIL przy al. Matejki 6.**

Wystąpi Akademicki Chór Wyższej Szkoły Oficerskiej.
lek. dent. Teresa Bujko
przewodnicząca Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących

Bieg Lekarzy i Stomatologów w ramach 41. Biegu Piastów

25 km techniką klasyczną – na tym dystansie rywalizować będą **5 marca 2017 r.**, podczas 41. Biegu Piastów, medycy zrzeszeni w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Zainteresowanych udziałem w Biegu Lekarzy i Stomatologów, odbywającym się w ramach największych polskich zawodów w narciarstwie biegowym, prosimy o zapoznanie się z regulaminem dostępnym na stronie: **www.bieg-piastow.pl** (zapisy wyłącznie online za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego).

Bieg rozegrany zostanie na wspaniałych trasach w Górach Izerskich ze startem i metą na Polanie Jakuszyckiej w Szklarskiej Porębie na Dolnym Śląsku (godz. 10.00 – rozpoczęcie biegu). Jego organizatorem jest Dolnośląska Izba Lekarska przy współudziale Stowarzyszenia Bieg Piastów. Najlepsi zostaną uhonorowani nagrodami.

lek. Zbigniew Markiewicz,
Stowarzyszenie Bieg Piastów



KORZYSTNE ROZWIĄZANIA WIĘKSZE MOŻLIWOŚCI

PKO Leasing Twój Partner w biznesie:

- leasing samochodów, maszyn i urządzeń
- zaangażowanie w produkt do 1 mln PLN
- opłata wstępna już od 0 zł
- minimum wymaganych dokumentów
 - tylko oświadczenie o przychodzie i zysku
- szybka decyzja w ciągu 1 dnia
- okres finansowania do 5 lat
- oprocentowanie stałe i zmienne w PLN, EUR



Leasing

Iwona Tadrała

Tel. 696 406 315

Mail: iwona.tadrala@pkobp.pl

Krzysztof Adamczak

Tel. 724 601 501

Mail: krzysztof.adamczak@pkobp.pl

Dorota Misiewicz

Tel. 724 601 516

Mail: dorota.misiewicz@pkobp.pl

LEK. DENT. PIOTR LASKA

Ur. 1955 r. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu, rocznik 1980. W latach 1980-1983 pracował w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Rychtalu, od 1983 r. w Wołowie. Od 1980 r. działacz Solidarności, działacz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej od momentu jej powstania, od 8 lat przewodniczący Komisji Rewizyjnej DIL. Od 2015 roku członek *Nowoczesnej*.

Dentysta

– lekarz, rzemieślnik i polityk

O autonomii w stomatologii, autonomii młodych i refundacji „garnituru” z Piotrem Laską, lekarzem dentystą i przewodniczącym Komisji Rewizyjnej DIL rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Błąd polega na tym, że środki są zbyt niskie i źle rozdysponowane. Zamiast na dzieci i profilaktykę wydajemy ok. 1 000 zł na wykonanie 2 protez dla pacjenta, który wcześniej nie dbał o zęby, i w konsekwencji musiał je usuwać, a raz na pięć lat ma prawo do protezy. Zna Pani urząd, który co 5 lat przyznaje pracownikowi nowy garnitur (zęby)? Nawet USC tego nie robi.



Fot. z archiwum „Medium”

Aleksandra Solarewicz: Panie Doktorze, co dzisiaj daje lekarzom przynależność do samorządu lekarskiego?

Lek. dent. Piotr Laska: Przede wszystkim prawo wykonywania zawodu, DIL archiwizuje wszystkie dokumenty związane z profesją lekarską. Udział w bezpłatnych szkoleniach organizowanych przez Izbę i na jej terenie. A także... bezpłatną gazetę lekarską „Medium”. Co jeszcze? Możliwość wypowiedzenia się za pośrednictwem samorządu lekarskiego. To sprawdza się w pięćdziesięciu procentach, bo wydaje mi się, że młodzi częściej mówią w tej chwili sami, na forach internetowych oraz za pośrednictwem Porozumienia Rezydentów OZZL. Każdy lekarz może uczestniczyć w pracach wielu komisji działających w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Grupy lekarzy mogą tworzyć koła terenowe, które są najniższym ogniwem współdziałania, a także integracji zawodowej i towarzyskiej. Mają możliwość korzystania ze środków finansowych, które są odpisem z ich składek. Młodym lekarzom Izba zapewnia ubezpieczenie OC.

A.S.: Jak ich teraz przyciągnąć do samorządu?

P.L.: W ustawie o izbach lekarskich określone są dokładnie sprawy, którymi Izba winna się zajmować. Są to kwestie związane z wykonywanym zawodem, socjalno-społeczne, polityką zdrowotną i inne. Sumując, ustawa umożliwia Izbie zajmowanie się wszystkimi sprawami dotyczącymi lekarzy. Lekarze są zobowiązani należeć do Izby. Musimy ich dokładnie i często informować o jej poczynaniach, o zakresie spraw i problemów, które są aktualnie bardzo ważne, od samopomocy do spraw kluczowych, dotyczących realizacji kształcenia i wykonywania zawodu.

Pyta Pani, jak przyciągnąć młodych? Proszę przyciągnąć ich do „Medium”! Proszę im pokazać „Medium”. Albo proszę im powiedzieć, do kogo jest skierowane, bo mam wrażenie, że wielu młodych gazety nie czyta. Proszę im powiedzieć, że koszty wydawania „Medium” są równe wydatkom przeznaczonym na szkolenia Komisji Kształcenia, i wyjaśnić, że tak właśnie ma być. Internet jest dużo tańszy, reagować można bardzo szybko, wypowiedzieć się na forum mogą wszyscy.

Uważam, że „Medium” jest gazetą martwą. Media papierowe powinny przyciągać, reagować w każdej sprawie, która ma miejsce. Właśnie odbywa się wywiad ze mną. Bardzo mi miło, bo ja jestem szefem Komisji Rewizyjnej, ale proszę wyszukać inne osoby z Izby, które żyją tu i teraz. Nie chciałbym, żeby wspominać lekarza dopiero w momencie, gdy on odchodzi, umiera. O niektórych kolegach tak się właśnie wspomina! Oni mają swoje hobby, swoje zainteresowania. Dopiero kiedy przychodzi kres, wszyscy składają kondolencje, „no bo odszedł”. Miałem okazję poznać na przykład saksońską gazetę lekarską. W ich gazecie ważne jest też to, że ktoś kończy ileś lat, że komuś urodziło się dziecko. Oni wspominają o takich rzeczach. Gazeta żyje. Obecnie jedna z Koleżanek lekarek została najładniejszą Polką, jest to temat ciekawy, warto porozmawiać!

A.S.: Co Pana zdaniem dobrze działa w Izbie?

P.L.: Bardzo dobrze oceniam Komisję Socjalną oraz Kształcenia, ich działanie widoczne jest dla wszystkich lekarzy w różnym wieku. Pozostałe komisje problemowe aktywnie realizują swoje działania, chociaż zaangażowanych w nie jest niewielu Kolegów i Koleżanek. Dobrze oceniam działalność administracyjną Izby, dotyczącą rejestracji, prawa wykonywania zawodu czy rejestracji praktyk. Pomoc prawna, z której mogą korzystać lekarze, jest na optymalnym i przyzwoitym poziomie. Bardzo dobrze funkcjonuje przy Izbie kasa pomocy koleżeńskiej, już od wielu lat oferująca bezpłatne pożyczki o różnej wysokości.

A.S.: A co się nie sprawdza w Izbie? Co by Pan zmienił?

P.L.: Rozdzieliłbym środowisko lekarskie i środowisko lekarzy stomatologów. Chodzi o to, że w środowisku stomatologicznym samorząd ma znacznie więcej do zrobienia niż w środowisku lekarskim. Jest to środowisko w 95 proc. spy-

watyzowane i nieuporządkowane, puszczenie tego na żywioł, na wolny rynek, tak jak to jest w tej chwili... nie służy mu. Komisja Stomatologiczna zawiadująca sprawami stomatologów częściowo rozwiązuje problemy, lecz niektóre są poważniejsze, obejmują wszystkich dentyistów w kraju i wymagają działania na poziomie krajowym. Rozdział rejestracji prywatnych praktyk od rejestru niepublicznych zakładów nie jest najlepszym rozwiązaniem problemu dentyisty w Polsce.

A.S.: Czyli powinna istnieć osobna izba lekarska i osobna lekarzy dentyistów?

P.L.: Myślę, że my dentyści mamy przed sobą tak dużo problemów związanych z wykonywaniem zawodu, że zajmowanie się nimi wspólnie z lekarzami powoduje stagnację, chaos. Nie możemy, przynajmniej w mojej ocenie, zająć się sprawami typowo stomatologicznymi. Lekarz dentyista jest to wolny zawód. To jest wolny zawód lekarza, ale... przy okazji też rzemieślnika, technika i ekonomisty. Nie da się ukryć, że dentyista jest w jakimś stopniu rękodzielnikiem. W większości krajów oznacza to pracę własnymi rękami, w określonej firmie, pod określoną marką, wytwarzającą określony produkt protetyczny czy usługę stomatologiczną. Nie widzę tego produktu w tej chwili w Polsce, on zaczyna obumierać.

A.S.: Co sądzi Pan o sprawie odwołania ze stanowiska wiceprezesa Naczelnej Izby Lekarskiej dr n. med. Agnieszki Ruchały-Tyszel?

P.L.: Uważam, że Agnieszka była dobrym reprezentantem stomatologów, wspaniale zintegrowała członków komisji i nie tylko. Dużo robiła. Zjednoczyła to środowisko, próbowała wypracować współdziałanie wszystkich środowisk stomatologicznych w Polsce, praktyków prywatnych z pracownikami uczelni, działaczy okręgowych izb oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, czego nie wzięło pod uwagę Prezydium NRL. Nie wiem dlaczego. Ja tego nie rozumiem, bo działałam w Izbie bardzo długo. Wiele przedsięwzięć izbowych realizowaliśmy pod przewodnictwem dentyistów w Naczelnej Izbie Lekarskiej, nie możemy zapominać o wielu wybitnych dentyistach kierujących organami izb. Integracja całego środowiska stomatologów jest konieczna przy realizacji wielu celów wyłącznie go dotyczących. Koleżanka Ruchała-Tyszel zaczęła to środowisko integrować, co być może (być może!) wytworzyło wrażenie działalności autonomicznej. W pewnym sensie było na pewno uzasadnione, ponieważ – powtórzę jeszcze raz – nie uda się uciec stomatologii od problemów właściwych wyłącznie stomatologii.

My naprawdę mamy problemy charakterystyczne dla pracy lekarzy dentyistów, a nie dla pracy lekarzy ogółu. My też jesteśmy tą grupą, która zainicjowała prywatyzację, środowiskiem, które pierwsze, praktycznie w 100 proc., się sprywatyzowało (byłem pierwszym dentyistą w Polsce, który na I Zjeździe Krajowym zadeklarował, że utrzymuje się wyłącznie z praktyki prywatnej). Spośród krajów bloku wschodniego tylko w Polsce istniały w czasach PRL prywatne praktyki dentyistyczne. W Czechach, na Słowacji, w Bułgarii, nawet w Rumunii powstały one dopiero po upadku komunistycznego ustroju! A jednak oni już działają oddzielnie względem lekarzy. Potrafili się skupić na tej dentyście, na stomatologii. My też chcemy. Specyfika działania stomatologii i struktura działania medycyny. W zupełnie innych warunkach, nie tylko w Polsce, funkcjonuje lekarz w szpitalu, klinice niż w prywatnej praktyce ambulatoryjnej, szczególnie lekarz dentyista, chociaż współpraca na każdym poziomie jest wskazana. Współpraca lekarza dentyisty z lekarzem medycyny. Nie widzi Pani różnicy? Ja widzę, zdecydowaną.

A.S.: Bardzo dużo pracy...

P.L.: Oczywiście. Praktyka dentyistyczna to jest firma, którą buduje sam lekarz, świadczy o niej swoim nazwiskiem, sam „buduje” sobie opinię. Proszę zobaczyć, jak przekształcono w Polsce stomatologię: to jest produkt, który można zamówić, kupić, sprzedać. Ile jest praktyk-zakładów, klinik, których właścicielami nie są lekarze.

Wszędzie w Europie lekarz dentyista jest tym, który firmuje nazwiskiem swoją praktykę. U nas – wróć do tego – jest sporo pacjentów, którzy swojego dentyisty nie znają z nazwiska! I teraz pojawia się jeszcze jeden problem: stomatologia korporacyjna. Jest sporo firm, które oferują swoim pracownikom prywatną opiekę lekarską, w tym także usługi stomatologiczne. Proszę zobaczyć, jak oni się ogłaszają, jak funkcjonują, jak funkcjonują pracujący w nich lekarze.

A.S.: Jak?

P.L.: Niech Pani wskaże prywatnie praktykujących lekarzy dentyistów współpracujących z korporacjami, jest ich niewielu. Moja praktyka nazywa się „Laska Piotr, lekarz dentyista”, nigdy nie wstydziłem się swojego nazwiska. Tymczasem w Polsce sporo pacjentów nie zna z imienia i z nazwiska własnego lekarza. Lekarz dentyista jest bardzo specyficznym lekarzem, który wymaga specyficznego kontaktu z pacjentem. Gdy przychodzi do mnie pacjentka, pytam:

– Gdzie się Pani dotąd leczyła?

– Leczyłam się w (jakimś tam) „medzie”.

– Jak się nazywał dentyista, który Panią leczył?

– A wie Pan, nie pamiętam. No... Kilku ich było, ale tego nie pamiętam.

I proszę zobaczyć. Wszędzie w Europie, gdziekolwiek Pani zapyta, Francuz czy Niemiec poda Pani nazwisko swojego lekarza. Wiem to, bo mam wielu pacjentów Polaków mieszkających za granicą, oni nam przywożą te informacje. Mam kontakty w Anglii, to nie jest to samo co u nas. Pytam: gdzie jest przyczyna, gdzie myśmy się zgubili? A proszę pamiętać, że byliśmy zawsze „prywatni”.

A.S.: O klęskach już dość. Sukcesy!

P.L.: Moim największym sukcesem jest ostatnie 8 lat. Od 8 lat pełnię funkcję przewodniczącego Komisji Rewizyjnej DIL i jestem zorientowany we wszystkich sprawach naszej Izby. Największym sukcesem moich Kolegów i moim jest adaptacja kamienicy przy ul. Kazimierza Wielkiego 45. Cieszę się z tego, jest to budynek, z którego naprawdę powinniśmy być dumni.

Ale jeśli chodzi o samą strukturę i zasady działania Izby, nie jestem zadowolony. Przez 25 lat mogliśmy wypracować trochę więcej. Przede wszystkim martwi mnie podejście młodych do spraw Izby, o czym rozmawialiśmy wcześniej. Trudno mi się pogodzić z brakiem ich zaangażowania. Jestem członkiem partii *Nowoczesna*, gdzie mam tylu młodych ludzi wokół siebie (jestem jednym ze starszych działaczy)! Nie wiem, dlaczego u nas jest inaczej. Być może winny jest brak czasu, konieczność zdobywania wiedzy. Ale znowu, wszędzie na świecie lekarze non stop się uczą. Ale żeby tak gonili jak u nas? To chyba nie tak?

A.S.: Lekarz, który pracuje, ale nie goni?

P.L.: Mogłbym wyjechać do Anglii, często o tym rozmawiam z rodziną, córką, która tam pracuje jako fizjoterapeuta, ale nie chcę opuszczać kraju. Chcę zostać w Polsce i dla nas pracować. My możemy pracować tutaj, ale jaki jest system stomatologii... Proszę zobaczyć, on nie jest wspomniany w żadnych materiałach ministra Radziwiła, tam nie ma kwestii stomatologii, nie ma żadnych propozycji. Poza tym, że gabinety mają wrócić do szkoły. Polityczne. Nic więcej się nie robi. Sytuacja powinna być jasna i klarowna.

A.S.: Co w tej chwili pochłania czas i zaangażowanie polskich lekarzy dentyistów?

P.L.: Pracuję 36 lat i powiem szczerze: nigdy nie myślałem, że jeszcze w tych czasach będę wykonywał tyle ekstrakcji.

A.S.: Aż tak?

P.L.: Nazwałbym to porażką dentyistyczną. Stomatologia tak bardzo poszła do przodu, ale higiena i profilaktyka jest przez pacjentów nierealizowana. Staram się dobrze wykonywać zawód i dlatego mam wielu pacjentów. Zajmuję się także pacjentami szpitala psychiatrycznego, dorosłymi oraz uzależnionymi dziećmi. Proszę wierzyć, u każdej osoby trafia się ekstrakcja, a są to dzieci z różnych środowisk, inteligentnych również. Przegląd stomatologiczny jest w tej grupie bardzo kiepski. To jest właśnie porażka: nie wypracowaliśmy skutecznych metod profilaktyki. Nie wiem dlaczego. Może gdybyśmy – my dentyści – zajęli się profilaktyką właściwie, z głową, jak to zrobili Niemcy... Oni mają znaczące wyniki w Europie. Bardzo szybko doszli do bardzo dobrych efektów, dzięki polskiej lekarce. Tak! Lekarce, która skończyła Akademię Medyczną we Wrocławiu. Niemcom udało się dzięki temu, że właściwie podeszli do sprawy i właściwie rozbudowali profilaktykę w oparciu o higienistki stomatologiczne, a my w tej chwili kluczymy. Naprawdę, nie mamy w dziedzinie stomatologii rozwiązanych żadnych problemów. Żadnych. Począwszy od firmy, od praktyki. Poza szkoleniem w samorządzie, bo tylko je można ocenić na pięć z plusem.

A.S.: Wróćmy do Pana działalności w *Nowoczesnej*...

P.L.: Jestem z tego dumny. Mam 61 lat. W 2015 r. kandydowałem do sejmu, bo chciałem w ten sposób zrobić coś dla medycyny i dla sto-

matologii. Kontaktuję się z obecnymi przedstawicielami Sejmu, zasiada w nim kilku dentystów, np. poseł Lubczyk. Spotykamy się. Mam duże doświadczenie w organizacji ochrony zdrowia, nie tylko przez to, że choć raz w życiu byłem dyrektorem, ale po prostu od Solidarności jestem zainteresowany reformą ochrony zdrowia. W 1980 roku byłem w Zespole ds. reformy siatki płac. A w Nowoczesnej jestem w tej chwili krajowym koordynatorem zespołu ekspertów ds. polityki senioralnej oraz sekretarzem regionalnego Zespołu ds. ochrony zdrowia.

A.S.: Polityka senioralna – ciekawe!

P.L.: Wspaniała sprawa. Sama *Nowoczesna* to jest według mnie taka siła, jaką była kiedyś Solidarność. Pełen wiary w lepszą Polskę zaangażowałem się po raz kolejny, może po raz ostatni, w taki sam sposób, w jaki się kiedyś zaangażowałem w Solidarność. Uważam, że w ochronie zdrowia wiele rzeczy zostało zrobionych źle, źle zostało zrealizowane, czemu winne jest niedofinansowanie...

A.S.: Co na przykład?

P.L.: Nie odszedłbym od systemu ubezpieczeniowego. Trzeba ten system uporządkować, na przykład na wzór niemiecki. Sam jestem od 4 lat „wyrzucony poza system ubezpieczeniowy”. Pracowałem w gabinecie szkolnym i byłem zmuszony go opuścić, ponieważ nie spełniałem wymagań stawianych przez NFZ i nie otrzymałem kontraktu.

Ten system z założenia nie był zły, ale jego realizacja była fatalna i doprowadziła do tego, co się stało. W tej chwili przysługuje nam w ramach NFZ 45 zł na jednego statystycznego pacjenta. Błąd polega na tym, że środki są zbyt niskie i źle rozdysponowane. Zamiast na dzieci i profilaktykę wydajemy ok. 1 000 zł na wykonanie 2 protez dla pacjenta, który wcześniej nie dbał o zęby, i w konsekwencji musiał je usunąć, a raz na pięć lat ma prawo do protezy.

Zna Pani urząd, który co 5 lat przyznaje pracownikowi nowy garnitur (zęby)? Nawet USC tego nie robi. A polski system ochrony zdrowia daje 1 000 zł na „garnitur” dla kogoś, kto nie dba o własne zęby. To jest błąd organizacyjny. Przy „finansowej biedzie”, niestety, nie stać naszego systemu na takie wydatki. Dentysta nie wydałby tych 1 000 zł na kogoś, o kim wie, że stracił w 50 proc. zęby z niedbalstwa. Wydałby je na dzieci, na profilaktykę. I to jest właśnie ta moja porażka. Pracowałem w przedszkolach, sugerowałem przyjęcie rozwiązań obowiązujących w Skandynawii, w innych krajach. Nie było siły, żeby zrobić to samo w Polsce. Weźmy znowu system angielski, gdzie dentysta pracując na kontrakcie w ciągu miesiąca ma zrobić tyle tego, tego i tego, i pilnują, żeby co miesiąc wykonał określone procedury. Jeśli nie wykona, nie dostanie pieniędzy. Nas na kontrakcie nikt niestety nie zmusza do realizacji określonych procedur, a powinien. Teraz należałoby to wszystko zmienić.

A.S.: Czy działalność polityczna pomaga Panu w samorządzie, a może niekiedy przeszkadza?

P.L.: Udzielałem się politycznie dopiero od zeszłego roku. Nigdy wcześniej nie byłem przedstawicielem żadnego ugrupowania, nie prezentowałem siebie jako działacza politycznego. Zresztą uważam, że dobry lekarz zawsze jest działaczem społeczno-politycznym. Nie przeszkadza.

A.S.: Polityka znaczy dokładnie „dobro wspólne”, a kto jeśli nie lekarz może o nie dbać...

P.L.: No właśnie. Jak ja mogę dbać o dobro pacjenta, nie prezentując swoich poglądów społeczno-politycznych? Oczywiście, ktoś się może nie zgadzać z moimi poglądami, ma prawo. Ale lekarz w swojej działalności i w myśl przysięgi Hipokratesa kieruje się podobnymi zasadami jak, powiedziałbym, dobry polityk. Powinien mieć zasady.

Wydarzyło się



Fot. z archiwum ŚIL

Od lewej: Andrzej Matyja – prezes ORL w Krakowie, Grzegorz Mazur – prezes ORL w Łodzi, Paweł Wróblewski – prezes DRL, Wojciech Domka – prezes ORL w Rzeszowie i Jacek Kozakiewicz – prezes ŚIL w Katowicach.

Wspólny front samorządów lekarskich

Ministerialne propozycje zmian w systemie opieki zdrowotnej budzą niepokój w środowisku lekarskim. Wnikliwej ocenie poddali je przedstawiciele pięciu izb, którzy w dniach 18-20 listopada wzięli udział w spotkaniu Prezydiów ORL w Kliczkowie. W zorganizowanym po raz piąty przedsięwzięciu partycypował śląski, krakowski, łódzki i po raz pierwszy rzeszowski samorząd lekarski. Rola gospodarza tym razem przypadła w udziale Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Uczestnicy spotkania ustanowili wspólny front w sprawie prowadzonej obecnie polityki zdrowotnej. Swoje stosunek do ministerialnych rozwiązań wyrazili w specjalnym stanowisku. Osobne panele poświęcili na omówienie zagadnień związanych z: problemami w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, udziałem izb w tworzeniu zespołów biegłych, autonomią lekarzy stomatologów w samorządzie i rolą korporacji lekarskich. Moderatorami poszczególnych paneli byli m.in., z ramienia DIL: lek. Ryszard Kępa, dr n. med. Dorota Radziszewska, dr n. med. Jakub Trnka oraz lek. dent. Robert Stępień z OIL w Krakowie.

lek. Józef Lula

STANOWISKO

Prezydiów ORL w Katowicach, Krakowie, Łodzi, Rzeszowie i Wrocławiu na wspólnym spotkaniu w dniu 19 listopada 2016 r.

Po odbyciu dyskusji na temat proponowanych założeń zmian w systemie opieki zdrowotnej stoimy na stanowisku, że propozycje te nie rozwiązują podstawowych problemów opieki zdrowotnej w Polsce.

Naszym zdaniem podstawowym problemem opieki zdrowotnej jest jej wieloletnie niedofinansowanie. Obecny poziom finansowania opieki zdrowotnej w Polsce zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywatela.

Przedstawione propozycje zmian skutkować będą ograniczeniem dostępu do opieki zdrowotnej, a zwłaszcza do opieki specjalistycznej dla pacjentów.

Nie rozwiązują ponadto palącego problemu nadmiaru czynności administracyjnych spadających na lekarzy i innych pracowników medycznych, zabierającym im czas przeznaczony dla pacjentów. Omijają najważniejsze problemy opieki stomatologicznej nie tylko nad dorosłymi pacjentami, ale i nad dziećmi.

Coraz częściej słychać populistyczne hasła, że pacjentom należy się wszystko, natychmiast i wg najwyższych standardów, co przy aktualnych nakładach na ochronę zdrowia jest absolutnie niemożliwe.

Domagamy się od ministra zdrowia stworzenia programu funkcjonowania ochrony zdrowia możliwego do realizacji, a zarazem przyjaznego chorym, opartego na poziomie finansowania zdecydowanej większości krajów europejskich, rekomendowanemu przez WHO.

Oczekujemy także realnego programu kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów uwzględniającego aktualny potencjał kadry lekarskiej i przekazania jego organizacji samorządowi lekarskiemu.

Stanowisko podpisali prezesi ORL: we Wrocławiu, w Katowicach, Krakowie, Łodzi, Rzeszowie.



Fot. M.J.

Wystrój odnowionej sali konferencyjnej zrobił wrażenie na zaproszonych gościach. Dr n. med. Piotr Knast, przewodniczący Zespołu ds. remontu dziękował jego członkom za zaangażowanie w realizację inwestycji (skład Zespołu: Paweł Wróblewski, Małgorzata Niemiec, Maria Jarosz, Leszek Pałka, Krystyna Gniatkowska-Gładysz, Jacek Kubicki, Wojciech Stawarski, Marek Skoczylas).



UROCZYSTE OTWARCIE SALI KONFERENCYJNEJ PRZY AL. J. MATEJKI 6

Z myślą o integracji środowiska lekarskiego i zapewnieniu lekarzom odpowiedniego zaplecza szkoleniowego Dolnośląska Rada Lekarska podjęła trud modernizacji mocno wyeksploatowanej sali konferencyjnej przy al. J. Matejki 6. Prace remontowe, które rozpoczęły się jeszcze przed wakacjami, niedawno dobiegły końca. Efekty metamorfozy dolnośląscy medycy i zaproszeni goście mogli zobaczyć 25 listopada br. podczas uroczystego otwarcia odnowionego audytorium, połączonego z koncertem Anny i Romualda Spychalskich.

Wprawdzie przecięcia wstęgi nie było, była za to swoistego rodzaju podróż w czasie. Zabrał w nią zgromadzonych m.in. dr n. med. Piotr Knast, wiceprezes DRL, którego przemówienie – osnute wątkami historycznymi – stanowiło symboliczny akt otwarcia. – Tę salę Izba przejęła po PZPR. Nigdy wcześniej nie przeprowadzano tu istotnych prac budowlanych. Po 26 latach użytkowania remont był wręcz koniecznością. Wierzę głęboko, że ta sala – komfortowa i funkcjonalna jak sądzę – stanie się miejscem częstych spotkań lekarzy – mówił dr Knast, przewodniczący Zespołu ds. remontu.

Wystrój audytorium – za sprawą mgr inż. arch. Małgorzaty Kocoń-Wrzołek, autorki projektu; mgr. inż. Andrzeja Jordana, inwestora zastępczego i Pracowni Projektowej WBI Wrocławskiego Oddziału Związku Inżynierów i Techników Bu-

downictwa – zmienił się nie do poznania. Wymieniono sufit wraz z oświetleniem oraz instalację grzewczą, zamontowano kanały systemu wentylacyjnego, ściany pokryto specjalną okładziną poprawiającą akustykę wnętrza, renowacji poddażne zostały fotele i dębowy parkiet, zamontowano elektryczne rolety okienne, wybudowano scenę i zmieniono jej użytkowanie. – To dobrze ulokowane środki, które mają szansę się zwrócić. I mam tu na myśli nie tylko sferę finansową. Podjęliśmy się tego zadania z myślą o przyszłych pokoleniach, by nie dziedziczyli po nas muzealnego reliktu przeszłości albo jego pozostałości. Stawiamy na rozwój. To nie ostatnia nasza inwestycja. Rada DIL wyraziła już zgodę na zakup kamienicy przy ul. Kazimierza Wielkiego 43 – wyjaśniał dr n. med. Paweł Wróblewski, szef dolnośląskiego samorządu lekarskiego.

Otwarcie sali konferencyjnej przy al. Matejki 6 stało się okazją do wręczenia Odznak Honorowych Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego. Otrzymali je: Alicja Marczyk-Felba, Tadeusz Kowalski, Jakub Trnka, Jan Spodzieja i Marek Kaźmierczyk.

Zwieńczeniem uroczystości był występ Anny i Romualda Spychalskich. Artyści scen operowych, operetkowych i musicalowych zaśpiewali piosenki z repertuaru największych gwiazd okresu międzywojennego. I tak publiczność znalazła się na styku historii i nowoczesności...

Magdalena Janiszewska



Uchonorowani Złotą Odznaką Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego byli wyraźnie zaskoczeni przyznaniem im wyróżnieniem.



Anna i Romuald Spychalscy uwiedli publiczność swoimi głosami.



Fot. z archiwum POL

CHARYTATYWNY KONCERT POLSKIEJ ORKIESTRY LEKARZY WE WROCŁAWIU

23 października 2016 r. w Auli Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu odbył się charytatywny koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy. Lekarze-muzycy przyjechali do Wrocławia z całej Polski w czwartkowe popołudnie, by przez zaledwie kilka dni, podczas wielogodzinnych prób pod okiem dyrygenta oraz jego asystentów, móc wspólnie przygotować utwory na niedzielny koncert. Trud żmudnych przygotowań się opłacił. – Atmosfera podczas koncertu była naprawdę wspaniała, poziom wysoki, zachwycała pasja i entuzjazm członków orkiestry – relacjonuje dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska, sekretarz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. I nie jest w tej opinii odosobniona. Współorganizatorami projektu były Naczelna Izba Lekarska oraz Dolnośląska Izba Lekarska.

Trochę historii

Wrocławska edycja była VIII projektem Polskiej Orkiestry Lekarzy od początku założenia Orkiestry w 2010 r. Zespół po raz pierwszy zagościł w stolicy Dolnego Śląska. Do tej pory koncerty o podobnym charakterze odbyły się m.in. w: Poznaniu, Warszawie, Krakowie, Katowicach czy Pile.

Repertuar

Utwory wykonywane podczas koncertu w zamyśle organizatorów miały spełniać kilka założeń. Pierwszym, w związku ze zbliżającymi się świętami 1. i 11. listopada, była muzyka wyłącznie polskich kompozytorów. Trudno byłoby wyobrazić sobie taki koncert bez kompozycji jednego z najznajmniejszych polskich kompozytorów – Fryderyka Chopina, którego wspominamy zwłaszcza w październiku. Orkiestra wraz z solistą wykonała koncert fortepianowy e-moll op. 11 Fryderyka Chopina, który wypełnił pierwszą część koncertu.

Druga część koncertu spełniała jeszcze jedno założenie – kolejne dwie kompozycje były muzycznymi ilustracjami polskich gór, napisanymi przez kompozytorów na skutek zauroczenia tą częścią Polski. „Orawa” Wojciecha Kilara na zespół szesnastu instrumentów smyczkowych napisana została w minimalistycznym duchu muzyki współczesnej XX w. Uwertura „Morskie Oko” Zygmunta Noskowskiego z kolei to typowa dla tego kompozytora romantyczna ilustracja utrzymana w formie poematu symfonicznego. I choć między powstaniem „Morskiego Oka” a „Orawą” minęło niespełna sto lat i kompozycje utrzymane były w zupełnie odmiennym stylu oraz charakterze, to każdy uczestnik koncertu mógł odnaleźć w nich typowe dla gór krajobrazy.

Goście

Solista **Paweł Motyczyński** – uczestnik XVII Międzynarodowego Konkursu Chopinowskiego w Warszawie w 2015 roku. W roku 2013 ukończył z wyróżnieniem studia magisterskie

w klasie prof. Mirosława Herbowskiego na Akademii Muzycznej w Krakowie. Aktualnie jest doktorantem w macierzystej uczelni. Brał udział w licznych kursach mistrzowskich, konkursach oraz prestiżowych festiwalach w Polsce i Europie.

Dyrygent **Artur Wróbel** – doktor dyrygentury, adiunkt i wykładowca na Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu. Dyrygent chórny Akademickiego Chóru Feichtinum oraz Kameralnego Chóru Męskiego Cantilena, którego jest również dyrektorem artystycznym. Dyrygent Orkiestry Symfonicznej, Chóru i Zespołu Wokalnego Państwowej Szkoły Muzycznej II st. im. Ryszarda Bukowskiego we Wrocławiu. Założyciel i kierownik artystyczny studenckiej Orkiestry Symfonicznej AtrBel Ensemble. Współpracował z wieloma orkiestrami w Polsce i Europie. Uczestnik oraz juror wielu polskich i międzynarodowych konkursów. Dyrektor artystyczny Wrocławskiego Międzynarodowego Festiwalu Chóralnego Vratislavia Sacra.

Orkiestra

We wrocławskiej edycji udział wzięli:

I skrzypce: Dorota Kiewra, Przemysław Murawski, Magdalena Kuźmińska, Kornelia Chmielewska, Anna Kubiak, Irena Duś, Kamila Dziecioł, Dorota Czerwińska;

II skrzypce: Małgorzata Sobisz-Błachowiak, Robert Siwek, Marta Rosińska, Joanna Kallas, Maria Cichulska, Joanna Chodkowska, Barbara Rupniewska, Aleksandra Doskocz;

altówki: Karina Kwiatkowska, Irena Maciejska, Virginia Suchorska, Julia Langrzyk;

wiolonczele: Weronika Korzyńska, Agnieszka Góralska, Bartosz Kózka, Marcela Grabowska, Krzysztof Frey;

kontrabasy: Kornel Rzewucki, Anna Andrejas;

flety: Maciej Mikulski, Ewa Szemryk, Anna Braszak;

oboje: Nikodem Horst, Czyżyk Alicja;

klarnety: Grzegorz Matusiak, Anna Zajac, Tobiasz Kudla;

waltornia: Patrycja Kurowska;

puzony: Tomasz Wołoszko, Adam Chicheł;

kołty: Monika Grajek-Kaczmarek.

Dolnośląskie środowisko lekarskie i medyczne reprezentowali podczas koncertu: **Anna Andrejas, Kornelia Chmielewska, Irena Duś, Aleksandra Doskocz, Dorota Kiewra, Weronika Korzyńska, Anna Kubiak, Barbara Rupniewska, Kornel Rzewucki.**

Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych lekarzy-muzyków do wzięcia udziału w kolejnych projektach. Więcej o Polskiej Orkiestrze Lekarzy i szczegółach kolejnych projektów możecie Państwo poczytać na naszej stronie internetowej: <http://www.polskaorkiestralekarzy.pl/> lub na portalu: <https://www.facebook.com/PolskaOrkiestraLekarzy/?fref=ts>

Anna Andrejas

To był koncert przez wielkie K...

Wrocławski koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy pod batutą dyrygenta dr. Artura Wróbla otworzyła dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska. W imieniu prezesa DRL powitała muzyków i melomanów.

Mieliśmy okazję wysłuchać koncertu fortepianowego e-moll Fryderyka Chopina z solistą Pawłem Motyczynskim. Wszystkie piana i crescendo wybrzmiały, jak trzeba. W przerwie koncertu ratownicy medyczni prowadzili w kuluarach zbiórkę do puszek na Polski Czerwony Krzyż. Następnie „Orawa” Wojciecha Kilara zachwyciła żywiołowością, energią i temperamentem. Na koniec „Morskie Oko” op. 19 Zygmunta Noskowskiego, skomponowana ponad 100 lat temu uvertura koncertowa pokazała romantyczny obraz monumentalnych Tatr, malowany jak obraz burzy, która powoli ustaje, ale otacza wzniesienia mgłą tajemnicy.

Wśród melomanów zauważono: dr Janinę Wartenberg, dr Krystynę Szpilczyńską, dr. Tadeusza Niedźwiadka. Moją uwagę wśród kilkudziesięciu pięknych pań i eleganckich panów zwrócili: znakomita perkusistka dr Monika Grajek-Kaczmarek oraz wrocławianie grający na kontrabasie: dr Kornel Rzewucki i Anna Andrejas (ratownik medyczny).

Koncert zakończył się owacją na stojąco.

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Prof. dr hab. Marek Ziętek doctorem honoris causa Lwowskiego Narodowego UM

Decyzja zapadła już we wrześniu. Rada Naukowa jednogłośnie zdecydowała o przyznaniu prof. Markowi Ziętkowi doctora honoris causa Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego. Uroczystość odbyła się 16 listopada we Lwowie.

Wrocławski i Lwowski Uniwersytet Medyczny łączy bliska i wieloletnia współpraca. Poza wymianą studentów i pracowników łącząca jednostki umowa zakłada także wspólne badania, publikacje czy aplikowanie o unijne dotacje.

– My też przechodziliśmy tę drogę co Ukraina – podkreślał wielokrotnie prof. Marek Ziętek. Też musieliśmy dostosować się do zmian, nauczyć nowego sposobu myślenia, pozbyć złych nawyków. Nam w tej drodze bardzo pomogli Niemcy. Chcemy być dla Ukraińców tym, czym Niemcy byli dla nas, zwłaszcza, że korzenie naszego uniwersytetu sięgają do Lwowa. A my o tym pamiętamy i jest to dla nas ważne – zaznacza rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

To już kolejny tytuł doctora honoris causa w dorobku prof. Marka Ziętka. Jako pierwszy tym zaszczytnym wyróżnieniem uhonorował go Uniwersytet Medyczny w Tarnopolu.

Biurowo Prasowe UMW



Fot. z archiwum M.M.

19 listopada br. za publikację *Kolumbowie. Kardiologia w eponimach* dr n. med. Magdalena Mazurak odebrała nagrodę im. prof. Zbigniewa Religi. Przyznała ją Fundacja Rozwoju Kardiologii w Zabrze, która obchodzi w tym roku 25-lecie istnienia. Radzie Naukowej FRK przewodniczy prof. Marian Zembala.

RECENZJA KSIĄŻKI

„Kolumbowie. Kardiologia w eponimach”

Kilkanaście tygodni temu na rynku wydawniczym pojawiła się książka autorstwa dr n. med. Magdaleny Mazurak, doskonałego kardiologa dziecięcego, która w fascynujący sposób przedstawia historię pierwszych operacji chirurgicznych, cewnikowań i angiokardiografii, opowiada o pierwszych defibrylatorach i stymulatorach serca.

Eponim to wyraz utworzony od nazwy własnej. W kardiologii wyrażenia eponimiczne tworzą od nazwisk ludzi, którzy po raz pierwszy opisali dany element anatomii serca (np. trójkąt Kocha, zastawka Eustachiusza); pierwszych odkrywców nowej jednostki chorobowej (anomalia Taussig-Binga, choroba Takayasu); nazwisk chirurgów, którzy wykonali operację nową techniką (zespolecie Glenna, operacja metodą Rastellego, operacja sposobem Fontana); lekarzy, którzy opisali nowe zjawisko lub metodę pomiaru bądź osób, które skonstruowały nowy sprzęt (cewnik Swana-Ganza, Holter). Codziennie na całym świecie wielokrotnie wypowiedzane są kardiologiczne eponimy, bez głębszej świadomości dotyczącej ich pochodzenia.

Prezentowane opracowanie przedstawia fascynującą historię kamieni milowych kardiologii i kardiologii chirurgii ukazaną z perspektywy niezwykłych losów ich pionierów – Kolumbów, którzy popłynęli w nieznane i odkryli nowe niezbadane obszary tych dyscyplin. W książce zamieszczono wiele dotąd niepublikowanych fotografii, w tym również unikatowe zdjęcie otrzymane od bohaterów poszczególnych rozdziałów lub ich potomków z przeznaczeniem do wykorzystania w tej publikacji. Należy podziwiać sprawność i zorganizowanie autorki, która dotarła chyba do wszystkich żyjących jeszcze bohaterów swojej książki. Nad moim biurkiem wisi również wspólna fotografia z Francisem Fontaną, który położył olbrzymie zasługi w leczeniu atrezji zastawki trójdzielnej, opracowując stosowaną do dzisiaj metodę operacyjną.

W 51 rozdziałach dr Mazurak przywołuje odkrycia i wydarzenia, które zadziwiają swoją niezwykłością. Postaci opisane zostały w sposób niezwykle atrakcyjny, przez co czujemy się świadkami tych wydarzeń, inspirują nas do działania. Książka opatrzona jest mottem Isaaca Newtona: „Stoimy na barkach olbrzymów i tylko dlatego widzimy więcej i dalej niż oni”.

Książkę czyta się jednym tchem, lepiej niż najlepszy kryminał. Musicie koniecznie ją przeczytać. Gorąco zachęcam.

Krzysztof Wronecki

CZWARTY PORTRET POLSKIEJ MEDYCyny DLA LEKARZA Z USK



Fot. Rynek Zdrowia

Prof. Andrzej Kübler otrzymał tytuł Lekarza Rynku Zdrowia 26 października 2016 r., podczas gali wieńczącej pierwszy dzień XII Forum Rynku Zdrowia.

Prof. Andrzej Kübler z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK został laureatem Portretów Polskiej Medycyny 2016 (26.10.2016 r.). Wyróżnienie przyznawane jest przez dziennikarzy miesięcznika i portalu Rynek Zdrowia już po raz jedenasty. W latach ubiegłych laureatami konkursu byli: Piotr Pobrotyn, dyrektor USK; prof. Alicja Chybicka, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK oraz dr hab. Paweł Tabakow z Kliniki Neurochirurgii USK.

Portrety są wręczane w sześciu kategoriach: Menedżer Rynku Zdrowia (placówki publiczne), Menedżer Rynku Zdrowia (placówki niepubliczne), Wydarzenie Rynku Zdrowia, Lekarz Rynku Zdrowia, Osobowość Rynku Zdrowia, Lider Rynku Zdrowia.

Prof. Andrzej Kübler otrzymał tytuł Lekarza Rynku Zdrowia za podtrzymywanie przez kilkudziesięcioosobowy zespół, którym kierował, funkcji życiowych kobiety tak, by na świat przyszedł jej syn. Zazwy-

czaj w takiej sytuacji szpital wszczyna procedurę orzeczenia śmierci mózgowej. Tym razem procedurę wstrzymano do czasu urodzenia dziecka. – Gdybyśmy uruchomili tę procedurę, kobieta byłaby formalnie martwa. Nie mielibyśmy wtedy prawa opiekować się nią w szpitalu. Utrzymywanie funkcji ciała nieżyjącej matki było dla dziecka jedyną szansą na przeżycie – tłumaczył prof. Kübler w jednym z wywiadów.

To nie jedyne wyróżnienie dla Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK w tym roku. W październiku otrzymała tytuł Idealnej Kliniki i została wybrana wymarzone miejsce pracy przez anestezjologów z całej Polski. Ranking przeprowadził prestiżowy medyczny magazyn „Medical Tribune”. USK został już po raz trzeci wyróżniony tym tytułem.

Monika Kowalska,
rzecznik prasowy USK

Miłosierdzie w służbie zdrowia

Świętowanie służby zdrowia w bliskości dnia św. Łukasza, jej patrona, rozpoczęła 5 listopada 2016 roku msza św. w intencji lekarzy, pielęgniarek i położnych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników, personelu pomocniczego oraz zmarłych pracowników służby zdrowia. Mszę św. w katedrze wrocławskiej sprawował abp Józef Kupny z udziałem kapelanów licznych szpitali, hospicjów, zgromadzeń, w tym m.in. ks. Kazimierza Sroki, archidiecezjalnego duszpasterza służby zdrowia i ks. Janusza Prejznera, asystenta kościelnego Dolnośląskiego Oddziału KSLP. Pracowników służby zdrowia, a w tym przedstawicieli dyrekcji i zarządów szpitali wrocławskich, nauczycieli Uniwersytetu Medycznego powitał proboszcz katedry ks. Paweł Cembrowicz. W liturgię mszy św. włączyli się lekarze poprzez czytania – prof. Wojciech Witkiewicz i prof. Ludwika Sadowska, a modlitwę wiernych przygotowali: dr Grażyna Słopecka-Borejko i dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska. Homilię wygłosił ks. Dariusz Amrogowicz, dyrektor Caritas Archidiecezji Wrocławskiej.

Na wstępie ks. Dariusz przytoczył słowa św. Jana Pawła II o powołaniu lekarza, które w jego rozumieniu ma charakter służebny i jest głęboko zakorzenione w Ewangelii. Sam Jezus mówi o sobie, że nie przyszedł po to, by Mu służyli, ale żeby służyć, służyć wszystkim poprzez drugiego człowieka. Bóg przemawia do

człowieka poprzez różne obrazy. Umieemy wpatrywać się w piękno świata, natury, a często nie zauważamy obok siebie człowieka potrzebującego. A Bóg stworzył przecież człowieka do służby, tylko w ten sposób człowiek spełnia swoje powołanie. Przestrzega jednak, byśmy nie zagubili się w dzisiejszym świecie i nie zaczęli służyć złu. Mamy trzymać się mocnej i pewnej liny – Słowa Bożego, głębokiej wiary, które zaprowadzą nas do Ojca Miłosierdzia.

Druga część uroczystości odbyła w auli PWT. Wykład pt. „Posługa miłosierdzia jako dar i zobowiązanie w życiu pracowników służby zdrowia” wygłosił o. prof. dr hab. Jerzy Tupikowski, prorektor PWT, filozof, bioetyk ze zgromadzenia klaretynów. Wyodrębnił on trzy aspekty posługi lekarskiej: wiara w powołaniu, miłosierdzie w sercu Ewangelii i zachowania ucznia Jezusa. Rozważanie swoje oparł na wybranych przypowieściach opisanych w Ewangelii przez św. Łukasza m.in.: o miłosiernym Samarytaninie, o zagubionej owcy, o znalezionej drachmie, o bogaczu i biednym Łazarzu. Wykazał, że św. Łukasz, Grek z pochodzenia, lekarz z zawodu, jest ewangelistą miłosierdzia. Być powołanym to spotkać Jezusa, być Jego uczniem to podążać Jego drogą, umieć przywołać i korzystać z Bożego Miłosierdzia. Klamrą spinającą działanie lekarza ma być wiara. Przytoczył wypowiedzi papieża o wierze: Benedykta XVI, który mówił, że wiara rodzi

się z patrzenia, i Franciszka, że wiara rodzi się ze słuchania. Powołanie lekarskie to służba przyjęta z wiarą. Wiara rodzi wierność, a obie razem tworzą wiarygodność. To ma być wpisane w świadectwo życia lekarza, w które powinny być zaangażowane zarówno intelekt, jak i wolna wola. W podsumowaniu swego wystąpienia ks. Dariusz podkreślił, że każdy człowiek jest ważny, należy więc troszczyć się o każdego, zwłaszcza najbardziej potrzebującego i nie oceniać zbyt szybko ludzi. Na zakończenie przekazał wszystkim pracownikom służby zdrowia na pozór dość przewrotne, ale głębokie życzenia: Należy myśleć sercem i kochać rozumem!

W części artystycznej wystąpiła sopranistka Kinga Muzyka, która wykonała kilka znanych arii operetkowych. Smakowita agapa zakończyła świętowanie służby zdrowia.

Anna Dadun-Sęk



Fot. z archiwum DO KSLP

Mszę św. w katedrze wrocławskiej koncelebrował metropolita wrocławski abp Józef Kupny.

**MARIUSZ KIELAR**

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Medycznych Systemów Informacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk.



Tekst Mariusz Kielar

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/14445634744/3d2d72c990_NEC_Corporation_of_America

SZLACHETNE ZDROWIE W KRAINIE MOBILNOŚCI

Za sprawą przenośnych urządzeń telekomunikacyjnych nasze życie już dawno stało się mobilne. Nie zawsze jednak jesteśmy w pełni świadomi faktycznego potencjału posiadanych przez nas telefonów komórkowych, palmtopów, technologii bezprzewodowych oraz aplikacji użytkowych. Tymczasem dostępne na dzisiejszym rynku generacje urządzeń mobilnych potrafią znacznie więcej, niż nam się wydaje – nie tylko pomagają w działaniach podejmowanych na rzecz naszego zdrowia, ale również oferują zaawansowane wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne w realizacji świadczeń zdrowotnych. Mogą także zwiększać jakość, wydajność i efektywność całego systemu opieki zdrowotnej.

Rozwój przenośnych urządzeń telekomunikacyjnych rozpoczął się wraz z uruchomieniem pierwszych sieci telefonii komórkowej oferujących globalny zasięg komunikacji głosowej. Kamieniem milowym w rozwoju technologii mobilnej było wypracowanie odpowiedniej skali upowszechnienia urządzeń telekomunikacyjnych nowej generacji dostępnych za przystępną cenę. Taka sytuacja otworzyła całkiem nowe możliwości w zakresie zwiększania funkcjonalności urządzeń mobilnych poprzez zaawansowane aplikacje użytkowe znajdujące zastosowanie m.in. w obszarze zdrowia. Szybko rosnąca akceptacja dla nowatorskich użyteczności rozwiązań mobilnych przyczyniła się najprawdopodobniej do przeniesienia podobnych oczekiwań na rynek świadczeń zdrowotnych oraz profesjonalistów medycznych. Tak zrodziło się pojęcie tzw. mobilnego zdrowia (określa-

nego także jako mobilna medycyna, ztZdrowie lub m-Health), które obejmuje działalność w obszarze medycyny i zdrowia publicznego wykonywaną przy użyciu urządzeń mobilnych, takich jak telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania pacjentów, palmtopy i inne urządzenia bezprzewodowe.

Zgodnie z ogólną definicją m-Zdrowia, przytaczaną za organizacją m-Health Alliance, mobilne zdrowie oznacza: „(...) wszystkie rozwiązania dostarczające usługi medyczne oparte bezpośrednio na technologiach mobilnych oraz wszystkie inne w sposób znaczący wspierane przez te technologie”. Można powiedzieć, że mobilne zdrowie wytycza nową drogę dostarczania świadczeń zdrowotnych dzięki nowoczesnym technologiom przenośnym posiadającym zaawansowane aplikacje – mogą to być zarówno systemy wspierające prowadzenie zdrowego stylu życia zintegrowane w sposób zdalny z urządzeniami i/lub sensorami medycznymi zlokalizowanymi w bezpośrednim otoczeniu pacjenta, systemy indywidualnego konsultingu zdrowotnego, multimedialne serwery informacji zdrowotnej, jak również profilowane usługi ułatwiające pacjentowi przestrzeganie zaleceń lekarskich w formie np. przesyłanych za pomocą wiadomości tekstowych sms przypomnień (reminders) o zażyciu przepisanych leków. Najwyższy stopień złożoności reprezentują natomiast złożone systemy telekonsultacyjne stosowane w celu zapewnienia opieki telemedycznej nad pacjentem. Z praktycznego punktu widzenia cecha mobilności urządzenia technologicznego i/lub aplikacji określa zatem możliwość przenośnego (niestacjonarnego) odbierania, przetwarzania oraz wysyłania danych bez konieczności utrzymywania przewodowego połączenia z sieciami energetycznymi i teleinformatycznymi. Tak rozumianą mobilność warunkują cechy użytkowe technologii i/lub aplikacji – tzw. wyznaczniki mobilności – do których zalicza się: czas pracy na baterię, wagę, gabaryty urządzenia oraz łatwość pracy w terenie. Najważniej-



sze korzyści związane z wykorzystaniem mobilnego zdrowia w opiece zdrowotnej to: pozyskiwanie wiarygodnych i aktualnych informacji medycznych, wstępna diagnostyka medyczna, wsparcie dla realizacji procedur medycznych i lepszego zarządzania terapią, zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa badań klinicznych, poprawa przepływu informacji wewnątrz jednostek opieki zdrowotnej, monitorowanie rozprzestrzeniania się epidemii na danym obszarze.

Niezwykle szybko rosnąca popularność smartfonów i tabletów przekłada się na lawinowy wzrost liczby aplikacji z zakresu m-Zdrowia. Szacuje się, że w ciągu ostatnich dwóch i pół roku ich ilość podwoiła się do ponad 100 tys. Ok. 70 proc. ukierunkowanych jest na poprawę kondycji i sprawności fizycznej. Pozostałe 30 proc. to aplikacje adresowane do pracowników medycznych.

Z kolei według ekspertów Deloitte globalna wartość rynku m-Zdrowia w 2018 roku będzie wynosić 21,5 mld dolarów, podczas gdy w 2013 roku było to 2,4 mld dolarów (średni wzrost wynosi 54,9 proc. rocznie). Za trzy lata najsilniejszym rynkiem w segmencie rozwiązań mobilnych w zdrowiu ma być Europa z udziałem wartym 7,1 mld dolarów i średnim rocznym wzrostem w wysokości 61,6 proc.

Upowszechnienie rozwiązań mobilnych w opiece zdrowotnej ma również szerszy kontekst związany z optymalizacją funkcjonowania całego sektora opieki zdrowotnej. Kierunek rozwoju m-Zdrowia związany jest bowiem także z dążeniem do ograniczania kosztów i zwiększania wydajności wysiłków organizacyjnych bez narażania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta i obniżania jakości usług medycznych. Przykładem może być wykorzystanie technologii mobilnych w procesie reorganizacji czasu pracy pracowników medycznych za pomocą skuteczniejszego planowania, ograniczenia zbędnych konsultacji oraz szybszego aktualizowania wiedzy specjalistów uzupełnianej o wskazówki dotyczące leczenia i farmakoterapii. Uważa się, że dzięki wykorzystaniu tabletów i innych urządzeń mobilnych pracownicy medyczni oraz paramedyczni mogliby zyskać nawet o 30 proc. więcej czasu spędzanego dotychczas na poszukiwaniu i analizowaniu informacji. Z kolei przeniesienie większej ilości konsultacji, interwencji zdrowotnych oraz świadczeń opiekuńczych w obszar zdalnej opieki realizowanych przez samych pacjentów w środowisku domowym pod nadzorem wyspecjalizowanych systemów telemonitorowania medycznego mogłoby wygenerować prawie 15 proc. oszczędności kosztów eksploatacji w opiece zdrowotnej. „Zmiana rozkładu akcentów” z opieki stacjonarnej (hospitalizacji, wizyt ambulatoryjnych) na rzecz fachowej, nadzorowanej zdalnie opieki domowej, jak również agregacja i przetwarzanie danych zgromadzonych uzyskiwanych dzięki technologiom mobilnym byłoby zatem – przynajmniej w części – pożądaną odpowiedzią na problem ograniczonych zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Zaawansowane aplikacje medyczne dostępne na przenośnych urządzeniach elektronicznych wyznaczają nie tylko kierunek rozwoju sektora mobilnej opieki zdrowotnej, ale również tworzą nowe obszary konkretnych zastosowań klinicznych. Zdaniem niektórych ekspertów to właśnie bieżący rok może okazać się przełomowy dla rynku usług mobilnych, w którym liczba użytkowników technologii zdalnego dostępu przewyższy liczbę użytkowników stacjonarnych. Z pewnością kluczowe znaczenie w kontekście mobilnego zdrowia będzie miała obserwowana skala zainteresowania profesjonalistów medycznych. Trudnością mogą okazać się wątpliwości dotyczące szczegółowych warunków wdrożenia i podstaw prawnych funkcjonowania technologii mobilnych w praktyce klinicznej.

W stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej z 2014 roku, pozytywnie oceniającym „możliwość wykorzystania narzędzi mobilnego zdrowia (m-Zdrowia) w zapewnieniu skutecznej, szybkiej i bezpiecznej opieki zdrowotnej”, zwraca się jednak uwagę na „wątpliwości natury prawnej, które może wywołać zastosowanie aplikacji mobilnych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. W opinii autorów dokumentu wynikają one m.in. z braku uregulowań dotyczących niektórych aplikacji, które „nie mieszczą się w zakresie regulacji prawnych przewidzianych dla wyrobów medycznych w rozumieniu Dyrektywy 93/42/WE, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro w rozumieniu Dyrektywy 98/79/WE lub sprzętu radiowego i urządzeń terminali telekomunikacyjnych w rozumieniu Dyrektywy 1999/5/WE”. Postuluje zatem „określenie niezbędnych wymogów bezpieczeństwa, zgodności z etyką oraz wymogów w zakresie klinicznej skuteczności aplikacji mobilnych m-Zdrowia”. Jednym z gwarantów bezpieczeństwa użytkowania mobilnych aplikacji mogłaby być system certyfikacji oparty o ich naukową ocenę „wykonywaną przez osoby posiadające niezbędne specjalistyczne kwalifikacje i kompetencje”. Autorzy apelują również o konieczność uregulowania kwestii odpowiedzialności związanej z korzystaniem z aplikacji mobilnych m-Zdrowia, a zwłaszcza „kwestii ochrony danych dotyczących zdrowia pacjentów gromadzonych i przesyłanych przez te aplikacje” oraz „obowiązku informowania pacjentów o tym, jakie dane, w jaki sposób mogą być wprowadzane do aplikacji mobilnej m-Zdrowie, w jaki sposób są one wykorzystywane i czy są anonimizowane”. Zastosowanie aplikacji mobilnych do akumulacji danych oraz przeprowadzania badań „nie może doprowadzić do obniżenia obecnych standardów etycznych”, a „świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu jest fundamentalną zasadą etycznego prowadzenia badań, której nie mogą podważyć ani osłabiać możliwości techniczne gromadzenia danych za pośrednictwem aplikacji mobilnych”. Zdaniem przedstawicieli samorządu lekarskiego „wykorzystanie aplikacji mobilnych nie może zastąpić osobistego kontaktu z lekarzem”.

Najnowszym przykładem ilustrującym praktyczne zastosowanie mobilnego zdrowia może być tzw. przychodnia telemedyczna (Medivio), uruchomiona na polskim rynku we wrześniu bieżącego roku. To jak dotychczas pierwsza na polskim rynku platforma telemedyczna umożliwiająca zdalną komunikację lekarza z jego pacjentem z dowolnego miejsca na świecie oraz postawienie diagnozy w taki sam sposób, jak w trakcie osobistej wizyty w stacjonarnym gabinecie lekarskim. Platforma posiada status certyfikowanego wyrobu medycznego klasy 2A, spełniającego rygorystyczne standardy jakościowe określone w Ustawie z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, tekst jedn.). Za pomocą platformy pacjenci i lekarze zyskują m.in. szybki, bezpieczny dostęp do dokumentacji medycznej oraz wyników badań diagnostycznych, możliwość zdalnego monitorowania stanu zdrowia pacjenta, zdalnej kontroli np. regularności przyjmowania przez niego leków czy zdolność do integracji z zewnętrznymi modułami diagnostycznymi (np. ciśnieniomierzami czy rejestratorami EKG). Rozwiązanie oferuje również możliwość przeprowadzania telekonsultacji pacjentów ze swoim lekarzem oraz dostęp do szeregu profesjonalnych materiałów edukacyjnych (baz wiedzy) przygotowanych przez lekarzy specjalistów. Korzystanie z usług teleprzychodni jest możliwe za pomocą smartfonu lub tabletu, dzięki czemu pacjenci mają szansę w prosty sposób, w dowolnym miejscu i czasie, na aktywnie zarządzanie swoim zdrowiem.

DOCENIAMY PRACĘ LEKARZY

- » Indywidualny plan finansowania
- » Fachowa pomoc naszych doradców
- » Oferta dopasowana do Twoich potrzeb
- » Atrakcyjne programy serwisowe

Astra już od

59 900



Doceniamy pracę lekarzy, dlatego też przygotowaliśmy dla Państwa wyjątkową ofertę - zniżki przysługujące grupie zawodowej wraz z rabatami wyprzedażowymi. Czekamy na Ciebie !

Zużycie paliwa i emisja CO₂: Opel Mokka X: 6,7-3,9 l/100 km, 155-103 g/km; Opel Astra: 5,7-3,4 l/100 km, 131-90 g/km; Opel Corsa: 6,0-3,4 l/100 km; 140-89 g/km; Opel Meriva: 7,4-4,0 l/100 km; 166-105 g/km; wg Rozporządzenia WE 715/2007 oraz WE nr 692/2008, w cyklu mieszanym, na podstawie oficjalnych testów w warunkach laboratoryjnych. Rzeczywiste wartości mogą różnić się od podanych w zależności od wyposażenia pojazdu, zachowania kierowcy, warunków atmosferycznych, nawierzchni, jak i innych czynników natury nietechnicznej. Informacje na temat złomowania samochodu, przydatności do odzysku oraz recyklingu są dostępne na www.opel.pl

MM Cars Wrocław Sp. z o.o..
ul. Karkonoska 50
Tel: 71 332 91 10
www.mmcars.wroclaw.pl





Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIĘĆ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

25 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2016 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, opublikowane w Dz. U. z 2016 r. poz. 1754.

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/s/16070083419_8420646fb8/www.illmicrofono.it

Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, obejmuje następujące informacje o:

- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
- wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Powyższe informacje udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia zawierają kod jednostki chorobowej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji.

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o te informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń do podmiotu wykonującego działalność leczniczą o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego zawiera:

- oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, numer NIP;
- podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji;
- imię i nazwisko lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń do wystąpienia o udzielenie informacji;

- informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o ubezpieczonym lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia (imię <imiona> i nazwisko, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tą informacją;
- rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tymi informacjami.

Do wystąpienia dołącza się kopię pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Informacje podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny upoważniona przez podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do ich udzielenia. **Wysokość opłat za udzielenie informacji określa podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do udzielenia informacji, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji.** Udzielenie informacji następuje z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych. Do wystąpień zakładów ubezpieczeń o przekazanie informacji złożonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia mają zastosowanie przepisy dotychczasowe.

1 stycznia 2017 r. wchodzi w życie Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

Przepisy znowelizowanej ustawy omówione poniżej obowiązują z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Ustawa uchyla przepis art. 4 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym marszałek województwa po raz ostatni organizuje, finansuje oraz zapewnia warunki odbywania stażu podyplomowego rozpoczynającego się dla lekarza z dniem 1 października 2017 r., a **dla lekarza dentysty z dniem 1 października 2016 r.**

Osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej:

- 1) z dniem 1 października 2017 r. w przypadku lekarza,
- 2) z dniem 1 października 2016 r. w przypadku lekarza dentysty

– są zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu.

Zgodnie z nowelizacją ustawy do osób, o których mowa w pkt. 2, które złożyły w terminie od 2 października 2016 r. do 28 lutego 2017 r. dokumenty w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, **nie stosuje się wymogu odbycia stażu podyplomowego.**

Składając dokumenty, osoby te nie przedstawiają dokumentu stwierdzającego odbycie stażu podyplomowego albo decyzji ministra zdrowia o równoważności stażu odbytego za granicą ze stażem odbytym w kraju. **Po upływie tego terminu uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty przez osoby, o których mowa w pkt. 2., wymaga odbycia stażu podyplomowego albo uzyskania uznania stażu podyplomowego odbytego poza terytorium RP za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w RP. Osoby, o których mowa w pkt. 2., które nie uzyskały prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty ani nie złożyły do-**

kumentów, w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, mogą zostać skierowane do odbycia stażu podyplomowego zgodnie z przepisami ustawy, pod warunkiem złożenia w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na planowane miejsce odbywania stażu oświadczenia o rezygnacji ze zwolnienia z obowiązku odbycia stażu podyplomowego.

Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty osobie, która:

1. jest obywatelem polskim lub obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej;
 2. posiada:
 - a. dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5 500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów, lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5. roku studiów, lub
 - b. dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarskim rozpoczętych przed 1 października 2012 r. lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed 1 października 2012 r., lub
 - c. dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa UE, wydany przez inne niż RP państwo członkowskie UE, wymieniony w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia i towarzyszące mu odpowiednie świadectwo wymienione w tym wykazie, lub
 - d. dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie UE, pod warunkiem że dyplom został uznany w RP za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa UE;
 3. posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
 4. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty;
 5. wykazuje nienaganną postawę etyczną.
- Osobie spełniającej powyższe warunki okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli władza językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.
- Osobie, która spełnia warunki określone w pkt. 1, pkt. 2 lit. a, b albo d, a także pkt. 3-5 oraz posługuje się językiem polskim, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli odbyła staż podyplomowy lub uzyskała uznanie stażu podyplomowego odbytego poza terytorium RP za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w RP. Osobie, która spełnia powyższe warunki, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli złożyła z wyni-

kiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy w języku polskim lub w języku, w jakim są prowadzone w polskich uczelniach medycznych studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, jeżeli ukończyła studia w tym języku.

Za równoważne ze złożeniem z wynikiem pozytywnym egzaminu uznaje się złożenie z wynikiem pozytywnym Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego albo egzaminu kończącego staż podyplomowy lekarza lub egzaminu końcowego kończącego staż podyplomowy lekarza dentysty. Powyższe wymagania dotyczą także osoby, która spełnia warunki określone w pkt. 1 i 3-5 oraz posługuje się językiem polskim i posiada dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty, ale nie posiada towarzyszącego mu świadectwa.

W celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas odbywania tego stażu. Praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych odbywa się w: uczelniach prowadzących kształcenie na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w symulowanych warunkach klinicznych; podmiotach leczniczych, które zawarły w tym zakresie umowy z wym. uczelniami.

Lekarzowi, który został skierowany do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu na czas określony niezbędny do odbycia tego stażu albo przystąpienia do testu.

Potwierdzeniem znajomości języka polskiego jest złożenie z pozytywnym wynikiem egzaminu z języka polskiego. Wymóg złożenia egzaminu nie dotyczy osoby, która ukończyła studia medyczne w języku polskim, a także osoby, która posiada obywatelstwo polskie albo obywatelstwo państwa członkowskiego UE i przedstawi dokument potwierdzający znajomość języka polskiego, wymieniony w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia.

W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego lekarz lub lekarz dentysta przedstawia okręgowej radzie lekarskiej, na obszarze której zamierza odbyć staż podyplomowy, dokumenty potwierdzające spełnienie wskazanych wymagań.

W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności w rozumieniu przepisów o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE – lekarz albo lekarz dentysta przedstawia okręgowej radzie lekarskiej, na obszarze której zamierza odbyć staż adaptacyjny albo przystąpić do testu umiejętności, dokumenty stwierdzające spełnienie wymagań określonych w ustawie, oraz postanowienie ministra zdrowia w sprawie odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności.

Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

W przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbywania tego stażu albo na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności.

Cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas nieokreślony albo na czas określony, jeżeli spełnia następujące warunki:

1. posiada dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany:
 - a. przez polską szkołę wyższą lub
 - b. w innym niż RP państwie członkowskim UE, lub
 - c. w innym państwie niż państwo członkowskie UE, pod warunkiem że dyplom został uznany w RP za równoważny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE;
2. posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
3. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty;
4. wykazuje nienaganną postawę etyczną;
5. wykazuje znajomość języka polskiego;
6. odbył staż podyplomowy;
7. złożył z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy;
8. uzyskał prawo pobytu na terytorium RP, zgodnie z odrębnymi przepisami.

Cudzoziemcowi, o którym mowa wyżej, zamierzającemu wykonywać zawód na terytorium RP wyłącznie w celu odbycia kształcenia podyplomowego w określonej formie lub odbycia studiów trzeciego stopnia w celu uzyskania stopnia naukowego albo uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych, przyznaje się prawo wykonywania zawodu na czas określony, jeżeli spełnia powyższe warunki. Prawo wykonywania zawodu przyznaje się wyłącznie na okres kształcenia podyplomowego w określonej formie lub trwania studiów, lub prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych we wskazanym miejscu kształcenia, studiów lub prowadzenia badań.

Cudzoziemcowi, o którym mowa wyżej w celu odbycia stażu podyplomowego przyznaje się prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas odbywania tego stażu, jeżeli spełnia warunki określone w pkt. 1-5 i 8.

Lekarz, lekarz dentysta będący obywatelem państwa członkowskiego UE, który posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w innym niż RP państwie członkowskim UE, może czasowo i okazjonalnie wykonywać zawód lekarza, lekarza dentysty bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty albo bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, jeżeli złoży w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu, oświadczenie i dokumenty określone w ustawie. Wymieniony lekarz, udzielający świadczeń czasowo i okazjonalnie wyłącznie w ramach umów międzynarodowych zawartych z państwem członkowskim Unii Europejskiej **w celu współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego**, nie składa okręgowej radzie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu stosownych dokumentów.

Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty, przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu jest obowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego,

którego tryb, program, miejsce i okres określi okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, biorąc pod uwagę długość okresu, który upłynął od uzyskania dyplomu. Koszty tego przeszkolenia ponosi lekarz.

Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który nie wykonuje go przez okres dłuższy niż 5 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek zawiadomienia o tym właściwej okręgowej rady lekarskiej i odbycia przeszkolenia.

Powyższych przepisów nie stosuje się do lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry na terytorium RP.

W razie uchylania się lekarza od uczestnictwa w przeszkoleniu, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia.

Do LEK może przystąpić lekarz po przedstawieniu zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarskim, dyplomu lekarza i dokumentu potwierdzającego tożsamość lub dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”.

Do LDEK może przystąpić lekarz dentysta po przedstawieniu zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, dyplomu lekarza dentystry i dokumentu potwierdzającego tożsamość lub dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”.

Osoba zamierzająca przystąpić do LEK lub LDEK składa do dyrektora CEM zgłoszenie do:

1. 15 lipca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od 1 września do 30 września;
2. 30 listopada roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od 1 lutego do 28 lutego.

Testy i pytania testowe LEK i LDEK mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w LEK i LDEK. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukcja, kopiowanie jakiegokolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

Udostępnieniu na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej podlegają wyłącznie pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby LEK albo LDEK, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia danego egzaminu.

Lekarz stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu, z zastrzeżeniem stanów nagłych oraz w sytuacji, gdy prowadzi prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych pod kierunkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu. Stażysta jest uprawniony w szczególności do:

- przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem;
- wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- samodzielnego stosowania zleconych przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna;
- wspólnego z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych, objętych programem stażu podyplomowego;
- prowadzenia we współpracy z opiekunem historii choroby i innej dokumentacji medycznej;
- udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- zlecania czynności pielęgnacyjnych;
- w stanach nagłych do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego lekarza;
- stwierdzania zgonu;
- wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji.

Cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który nie spełnia warunków do odbywania stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli polskich, odbywa staż na podstawie umowy cywilnoprawnej o staż podyplomowy, zawartej z uprawnioną jednostką, w której to umowie określa się zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego odbywania.

Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego przez absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych będących obywatelami polskimi, zamierzających wykonywać zawód na terytorium RP, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, a w przypadku osób będących obywatelami innego niż RP państwa członkowskiego UE zamierzających odbywać staż podyplomowy na obszarze tego województwa, jest zadaniem marszałka województwa z zakresu administracji rządowej. Koszt obsługi tego zadania wynosi 123 zł za każdego finansowanego lekarza stażystę.

Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, w porozumieniu z marszałkiem województwa, kieruje do odbycia stażu podyplomowego na obszarze swojego działania lekarzy, lekarzy dentystry, którym przyznała prawo wykonywania zawodu i których wpisała na listę członków izby.

Przedłużenie czasu trwania stażu podyplomowego następuje na okres realizacji tej części programu stażu podyplomowego, która nie została zrealizowana, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską. Nie przedłuża się czasu trwania stażu podyplomowego, jeżeli od dnia uzyskania prawa wykonywania zawodu upłynęło 5 lat.

Lekarz stażysta, który nie ukończył albo nie odbył stażu podyplomowego w terminie 5 lat od dnia uzyskania prawa wykonywania zawodu, może ponownie odbyć staż podyplomowy na podstawie umowy o szkolenie zawartej z podmiotem prowadzącym staż podyplomowy. Właściwa okręgowa rada lekar-



ska ponownie przyznaje temu lekarzowi prawo wykonywania zawodu na czas odbywania stażu.

Testy, pytania i zadania egzaminacyjne PES są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem.

Testy i pytania testowe oraz zadania i pytania egzaminu ustnego PES mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w PES. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukcja, kopiowanie jakiegokolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

Udostępnieniu na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej podlegają wyłącznie pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby PES, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu.

Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza i ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane przed dniem wejścia w życie ustawy w celu odbycia stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, stają się z dniem wejścia w życie ustawy odpowiednio prawem wykonywania zawodu lekarza i prawem wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznanym na czas określony i wygasają odpowiednio po odbyciu stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo po przystąpieniu do testu umiejętności, lub po upływie 5 lat od dnia ich przyznania.

Dokumenty „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zachowują ważność na czas niezbędny do odbycia odpowiednio stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, nie dłużej jednak niż 5 lat od daty uzyskania ograniczonego prawa wykonywania zawodu.

Do ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza i ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznanym przed dniem wejścia w życie ustawy w celu odbycia stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.

W Ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uchyla się ust. 2. art. 54 stanowiący, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może udzielić upoważnienia do wydawania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, lekarzom i lekarzom dentystom w okresie odbywania stażu podyplomowego.

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C

elmedes

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

ekoRowery
ROBUSTY ELEKTRYCZNY

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor przeznaczony do zasilania jednego unitu stomatologicznego

Standardowy model lampy oświetlenia dziennego o mocy do 4000 luksów



Używane od wielu lat w gabinetach dentystycznych na całym świecie lampy światła dziennego, szwedzkiego producenta D-Tec to najpopularniejsze systemy oświetleniowe, które zapewniają maksymalną moc oświetlenia i optymalne odwzorowanie kolorów

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



- dmuchawki trzyfunkcyjne proste i kątowe
- turbiny z podświetleniem i bez
- mikrosilniki elektryczne z podświetleniem LED
- lampy polimeryzacyjne
- skalery Woodpecker z podświetleniem
- piaskarki, również moduły piaskarek montowane do unitu

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl

EXPODENT 2016

W dniach 21-22 października 2016 r. odbyły się w Toruniu XII Ogólnopolska Konferencja i Targi Stomatologiczne EXPODENT 2016. Z ramienia Komisji Stomatologicznej DRL w wydarzeniu wzięły udział: kol. Alicja Marczyk-Felba, Małgorzata Nakraszewicz i Barbara Polek. Poszczególne sesje konferencji poświęcone były zagadnieniom z zakresu stomatologii wieku rozwojowego, chirurgii stomatologicznej, stomatologii zachowawczej i endodoncji, dokumentacji medycznej oraz protetyki. Szczególnie ważna wydała się nam sesja poświęcona próchnicy zębów u dzieci, i stąd takie ujęcie tematyki.



Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/3610103532_dba9df0e8f_o/makelessnoise

Próchnica głęboka zębów u dzieci – aktualne podejście

Temat ten przedstawiła prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Bardzo często mamy do czynienia u dzieci z próchnicą głęboką. Tak naprawdę nie ma jednego stanowiska, jak należy postępować, obowiązuje indywidualne podejście do pacjenta i wybór metody dostosowanej do sytuacji klinicznej. Dwie podstawowe metody: albo kompletne usunięcie tkanki próchnicowej, tak aby postarać się usunąć wszystkie bakterie, albo pozostawić warstwę zdemineralizowanej, twardej badaniem klinicznym i zdolnej do remineralizacji zębiny. To doszczętne usunięcie może być jednoetapowe, na jednej wizycie lub jako tzw. ITR, stopniowe usuwanie próchnicy, kiedy pozostawiamy częściowo zdemineralizowaną zębinę na dzień ubytku i na kolejnej wizycie, po zastosowaniu odpowiednich materiałów o właściwościach odontotropowych czy remineralizacyjnych, usuwamy doszczętnie pozostawioną wcześniej zmienioną chorobowo tkankę. Ostatnią metodą jest pozostawienie na stałe tej częściowo zdemineralizowanej tkanki próchnicowej.

Uważa się, że całkowite usunięcie zmienionej tkanki nie jest konieczne, ponieważ nie zatrzymuje próchnicy, gdyż nie usuwa jej przyczyny.

Opracowując ubytek mamy mnóstwo wątpliwości, kiedy przestać opracowywanie tkanki, czy należy opracowywać do dna? Wiemy, że zębina sucha i twarda ma mniej bakterii niż miękka i wilgotna. Mamy metody pomocnicze – barwniki wybarwiające, kamery pozwalające na ocenę dostatecznego czy nie opracowania ubytku. Trzeba jednak pamiętać, że używając barwników możemy nieraz nadmiernie opracować ubytek, ponieważ wybarwia się zębina zmineralizowana. W praktyce klinicznej najważniejsza jest barwa zębiny i jej twardość. Zależnie od procesu – ostry, przewlekły będzie to różny objaw, musimy wziąć pod uwagę dojrzałość zęba. Czyli nawet w podobnie przebiegającym procesie próchnicowym w zębie u dziecka 10-letniego wygląd zębiny będzie inny niż u człowieka dorosłego.

Generalnie uważa się, że nadmierne usuwanie zębiny powoduje osłabienie struktury zęba, zwiększenie przepuszczalności zębiny (poszerzenie kanalików) zwiększa ryzyko obnażenia miazgi. Ponadto wiemy, że nawet po doszczętnym usunięciu zdemineralizowanej zębiny bakterie w kanalikach zębinowych pozostają. Nie oznacza to, że nie mamy zadbać o to, by starać się usuwać bakterie. Polecany jest podchloryn sodu i chlorheksydyna. Należy jednak pamiętać, że każdy środek może wpływać na wiązanie materiału z tkanką zęba. Pozostawienie zdemineralizowanej zębiny, zawierającej bakterie przy szczelnie wypełnionym ubytku powoduje, że bakterie nie dostają pożywki do wzrostu. Jednak musi to być wypełnienie naprawdę szczelnie, co u dzieci w zębach nie zawsze da się osiągnąć.

Prezentowano slajdy prezentujące stopniowe usuwanie zmienionej zębiny: na pierwszej wizycie opracowywane są ściany boczne, usuwana jest część zębiny próchnicowej ze ściany dokomorowej i zakładany jest glasjonomer. Po pół roku, po roku – wszystko zależy od tego, jak sprawuje się wypełnienie, jest ono usuwane i doczyszczany ubytek. Metoda stopniowa jest bardzo korzystna i daje sukces terapeutyczny. Materiały zalecane do stosowania u dzieci: Zno + eugenol, wodorotlenek wapnia, glasjonomery, może być stosowany system adhezyjny.

Trwałość wypełnień wykonanych ze standardowych cementów szkło-jonomerowych sięga mniej więcej 2 lat, podczas gdy ulepszone przez dodanie do składu preparatu żywicy już 3-4 lata. Jeśli więc wypełnimy ubytek w zębie trzonowym cementem szkło-jonomerowym dziecku w wieku 2-4 lat, nie będzie to wypełnienie na stałe, niemniej jednak może takim być, pod warunkiem, że czas fizjologicznego wypadania lezonego zęba będzie podobny do okresu, w jakim cement szkło-jonomerowy będzie wypełniał ząb. W związku z powyższym takie wypełnienie należy traktować jako metodę ITR. Wypełnianie materiałami złożonymi, kompomeraami albo amalgamatami powinno być przeprowadzane wyłącznie u dzieci, których stopień choroby próchnicowej został obniżony.

Jeśli próchnica dotyczy co najmniej dwóch powierzchni zęba mlecznego wskazane jest, ze względu na ich odporność, po prawidłowym przygotowaniu zęba, wykorzystanie koron stalowych, które umożliwiają zachowanie funkcji zęba do momentu jego naturalnego wypadnięcia. Mało kiedy jednak są stosowane ze względu na to, że nie są estetyczne i nie spotykają się z akceptacją rodziców.

Nie ma jednej idealnej metody dla każdego przypadku klinicznego, szczególnie w stomatologii dziecięcej, gdyż np. różny jest stopień dojrzałości zęba (mineralizacja). Inna będzie metoda u 3-latka, a inna u 5-latka, różna jest rozległość ubytku, różne ryzyko próchnicy.

Decyzja o doborze metody powinna być dostosowana w sposób indywidualny i uzależniona od całego szeregu elementów, na przykład od wielkości ubytku, dynamiki przebiegu i wysokości ryzyka próchnicy, wieku w jakim znajduje się pacjent, jak też od stopnia jego współpracy z lekarzem oraz systematyczności z jaką dziecko wraz z rodzicami będzie odwiedzało gabinet stomatologiczny. Efektywność metody dwuetapowej względem jednoetapowej nie została udowodniona. Uważa się jednak, że takie postępowanie jest uzasadnione w pewnych przypadkach klinicznych, gdy istnieją niejasności diagnostyczne co do zębiny na spodzie ubytku albo stanu miazgi (metoda ITR).

Przyczyny i ograniczenie wysokości ryzyka próchnicy u dzieci z uzębieniem mlecznym

Temat przedstawiła prof. dr hab. n. med. Joanna Szczepańska, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieków Rozwojowego UM w Łodzi.

Prezentowana została waga problemu i żeby ją dostrzec trzeba prześledzić statystyki – tylko 20 proc. 5-latków w Polsce nie ma próchnicy. Próchnica dotycząca zębów mlecznych została nazwa-



na próchnicą wczesną, której przyczyny upatrywano w niewłaściwym karmieniu niemowląt i małych dzieci (pierwotnie nazwana próchnicą butelkową). Zauważono jednak, że nie tylko to jest źródłem choroby, ale także niewłaściwa higiena jamy ustnej i powstała nazwa – próchnica wynikająca z ignorowania higieny.

Do czynników próchnicy związanych z karmieniem zaliczamy: przedłużone karmienie piersią i butelką powyżej 15 miesięcy, zasypianie z butelką, słodkie i kwaśne pokarmy. Z czasem stwierdzono, że próchnica wczesna jest nie tylko z niewłaściwym karmieniem, ale z całym szeregiem innych czynników i termin rozszerzono, określając ją jako próchnicę wczesnego dzieciństwa. Wyróżnia się tzw. próchnicę wczesnego okresu dzieciństwa, zdefiniowaną jako obecność jednego lub więcej zębów mlecznych dotkniętych próchnicą, usuniętych z jej powodu lub wypełnionych u dzieci w wieku 71 miesięcy lub młodszych, a więc dotyczącą dzieci przed ukończeniem 6. roku życia. Postacią ostrą jest każda oznaka próchnicy na powierzchniach gładkich u dzieci poniżej 3 lat. Najczęściej mamy do czynienia z jej ostrą postacią pojawiającą się do 3. roku życia i często po wyróżnieniu się pierwszych zębów. Została ona podzielona na podgrupy w zależności od ciężkości przebiegu procesu (liczby zajętych powierzchni).

Próchnica wczesnego dzieciństwa charakteryzuje się gwałtownym i ostrym przebiegiem, nieleczona doprowadza w szybkim czasie do znacznej destrukcji twardych tkanek zęba i powikłań w postaci zapalenia miazgi i szybko pojawiających się zmian okółowierzchołkowych. Na początku obejmuje siekacze górne, po czym atakuje następne grupy zębów w miarę ich wyrzynania. Lokalizuje się na powierzchniach wargowych w okolicy szyjki zęba oraz na powierzchniach żujących zębów bocznych. Drugą cechą jest niezwykle trudne zahamowanie jej rozwoju.

Wykład był bogato ilustrowany slajdami. Zwrócono także uwagę na programy profilaktyczne i możliwość, a nawet konieczność wizyt z małymi dziećmi w gabinecie stomatologicznym już od 6. miesiąca życia w odstępach półrocznych lub częściej, zgodnie z zaleceniami stomatologa. Warto także przy okazji takich wizyt uświadamiać rodziców i opiekunów małych dzieci, że leczenie zębów mlecznych jest konieczne i że mają one służyć dziecku przez 10 lat.

O estetyce i pięknie mówiła prof. dr hab. n. med. Bogumiła Frączak, kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej PUM w Szczecinie.

Od zarania dziejów ludzie starali się upiększać swoje ciało, poprawiać jego kształty i proporcje, bowiem piękno wynika z zachowania proporcji odpowiednich układów. Arystoteles powiedział, że pięknem jest to co ujrane – podoba się i można powiedzieć, że ta definicja funkcjonuje do dzisiaj.

W Renesansie piękno uważano za wartość obiektywną (Petrarka). Immanuel Kant uważał, że piękne jest to, co podoba się bezinteresownie ogółowi. Jest wiele przykładów piękna w naturze, architekturze, rzeźbie i malarstwie, np. błyskawica na tle ciemnoniebieskiego nieba, gotycka katedra w Mediolanie, Krzywa Wieża w Pizie. W obrazach Leonarda da Vinci i innych twórców (patrząc okiem stomatologa) zauważamy, że żadna postać nie uśmiecha się, najpewniej z powodu defektów zębowych. Aktualna definicja piękna brzmi: piękno to podstawowa kategoria estetyki, określająca czynniki i zasady przeżyć estetycznych.

Współczesna medycyna i stomatologia estetyczna poczyniły olbrzymi krok naprzód w możliwościach rekonstrukcyjnych mających na celu poprawę wyglądu oraz korektę niedoskonałości ciała ludzkiego. Wiemy, że przy dzisiejszych możliwościach rekonstrukcyjnych możemy posługiwać się również technologią 3D. Są już pierwsze wyniki drukowania niektórych elementów kości, ale nie tylko. Wszyscy pochylają się nad zdobyczami medycyny estetycznej.

Barbara Polek



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hand-523231/geralt

Sztuka bycia razem

„Połączenie sił to początek, pozostanie razem to postęp, wspólna praca to sukces”.
Henry Ford

Ta myśl towarzyszyła mi w Kliczkowie podczas wyjazdowego posiedzenia Prezydiów pięciu ORL (DIL, ŚIL, OIL w Krakowie, Łodzi i Rzeszowie), gdy podjęliśmy temat związany z autonomią stomatologów w samorządzie lekarskim. Sentencja Forda wybrzmiewać będzie także w niniejszym tekście, bo słuszność tych słów nie powinna budzić wątpliwości.

19 listopada br. kol. Robert Stępień z Krakowa zapoznał nas z autorską prezentacją pt. „Wola reprezentantów a prawa obywatelskie”. Na jej podstawie przedstawiam poniżej przegląd wydarzeń związanych z tym zagadnieniem.

W 1989 r. doszło do restytucji izby lekarskiej i wyboru wspólnej drogi lekarzy i lekarzy dentystów w jednym samorządzie. Łączyło i łączy nas wiele, ale wtedy mieliśmy właściwie jednakowe warunki wykonywania zawodu, zarówno w zakresie formy zatrudnienia, możliwości specjalizacji, jak i wyzwań rynku pracy. Następnie przyszła reforma systemu opieki zdrowotnej i w skutek jej wdrożenia zostaliśmy przedsiębiorcami. Zmieniły się stawiane przed nami wyzwania, pojawiły się też nowe wyzwania dla samorządu lekarskiego.

W 2002 r. rozpoczęła się dyskusja na temat optymalnego kształtu struktury samorządowej stomatologów. 14 czerwca tegoż roku, na otwartym posiedzeniu KS NRL, omówione zostały 3 warianty: 1. utrzymać stan dotychczasowy, 2. autonomia lekarzy dentystów wewnątrz jednej izby, 3. utworzenie oddzielnej izby dla lekarzy dentystów. W drodze głosowania za obowiązujący kierunek uznano wariant drugi, a więc dążenia do możliwości rzeczywistego stanowienia o warunkach wykonywania własnego zawodu. Po posiedzeniu KS NRL, 6 września 2002 r., Naczelna Rada Lekarska powołała Zespół ds. autonomii lekarzy dentystów (do dzisiaj nie został on rozwiązany).

11 kwietnia 2003 r. NRL podjęła stanowisko nr 36/03/IV w sprawie kierunków prac nad określeniem zasad autonomii stomatologów w ramach izby lekarskiej tworzonej przez lekarzy i lekarzy dentystów. W maju 2004 r. pojawiła się nowa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która usankcjonowała istnienie dwóch zawodów zaufania publicznego. W związku z tym, że nie ma w środowisku woli dokonania rozdziału izb oraz postulatami koniecznych zmian, zasadna wydaje się dyskusja – co dalej? i znalezienie rozwiązań gwarantujących współistnienie i współpracę obu zawodów we wspólnej izbie lekarskiej.

W tym celu w lutym tego roku, w strukturach KS NRL, powołany został Zespół regulaminowo-organizacyjny. W trakcie XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy propozycja zmiany regulaminu wyborczego polegająca na mnożniku x 4 została bez merytorycz-

*Każdy z nas ma na tyle dużą dłoń,
że może z niej uczynić Betlejem.
Każdy z nas ma na tyle ciepłe serce,
że może przyjąć nowo
narodzoną miłość...
Do tego wystarczy tylko
wiara, nadzieja,
a miłość przyjdzie sama...
święta Bożego Narodzenia
wypełnionych radością i miłością,
niosących spokój i odpoczynek
oraz Nowego Roku spełniającego
wszelkie marzenia
życzy
Komisja Stomatologiczna DRL*



nej dyskusji odrzucona, pomimo że był to najprostszy sposób, bez konieczności modyfikacji ustawy, zapewniający stomatologom wpływ na wybór ich reprezentantów. I o to w rzeczywistości chodzi, aby lekarze dentyści mogli decydować o wyborze swoich reprezentantów, w szczególności delegatów na krajowy zjazd oraz członków do NRL i ORL.

10 maja 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich, w wystąpieniu do ministra zdrowia, podzielił w całości zastrzeżenia stomatologów co do braku należytego wpływu lekarzy dentystów na decyzje i działania izby w sprawach stomatologicznych, poprzez takie a nie inne regulacje wyborcze.

Dzień po zakończeniu Zjazdu prezes NRL Maciej Hamankiewicz złożył do Komisji Wyborczej wniosek o odwołanie wiceprezes Agnieszki Ruchały-Tyszler. Pomimo prośby 13 izb o wstrzymanie procedury, zwołanie KS NRL, procedurę skutecznie zakończono. Następnie bez udziału Komisji, NRL dokonała wyboru nowego wiceprezesa i równocześnie przewodniczącego KS NRL w osobie Leszka Dudzińskiego. Aktualnie zespół 12 stomatologów i 2 prawników opracował propozycję zmian ustawy. Opracowanie to jest dobrym przykładem woli autorów do szukania porozumienia i rozwiązań, których założeniem podstawowym było zachowanie jednej izby, powrót do stanowiska NRL z 11.04.2003 r., niewprowadzania do ustawy odrębnych organów reprezentujących stomatologów oraz określenie jasnych kryteriów wyboru i reprezentacji. Dobrze by się stało, gdyby nowy przewodniczący KS NRL podjął trud analizy tego niełatwego tematu, zarówno w ramach posiedzeń Komisji, jak i NRL. Rację miał T. Boy-Żeleński, konstatując: „Z tym największy jest ambaras, żeby dwoje chciało naraz”.

Małgorzata Nakraszewicz

WIEDZY Z ZAKRESU PRAWA NIGDY DOŚĆ

23 listopada br. w wyremontowanej sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Jana Matejki 6 odbyło się szkolenie, przeprowadzone przez firmę prawniczą LegalOperator „Lekarz wobec ataków organów ścigania i prób wyłudzeń odškodowania. Profilaktyka i techniki obrony”. Spotkanie w liczonym gronie ponad stu lekarzy i stomatologów rozpoczęło się kilka minut po godzinie 9.00. Otworzyła je, serdecznie witając przybyłych, dr Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Pierwszą część szkolenia stanowił wykład mecenas Darii Karczewskiej, osoby odpowiedzialnej za departament prawny w LegalOperator. Dotyczył on ostatnich praktyk firm zajmujących się wyłącznie dochodzeniem roszczeń dla pacjentów. Pani mec. Karczewska tłumaczyła obecnym, czym różni się proces karny od procesu cywilnego i dlaczego w ostatnim czasie notuje się lawinowy wzrost powiadomień w sprawie błędów medycznych na policji czy w prokuraturze. Zgromadzeni otrzymali szczegółowe informacje na temat praw i obowiązków świadków. Dodatkowo mec. Karczewska uczulała słuchających, na co należy zwrócić uwagę podczas przesłuchania, a także jak ważne jest dokładne przeczytanie sporządzonego protokołu przez przesłuchiwanego przed jego podpisaniem. Następnie uczestnicy szkolenia usłyszeli, jakie są fazy postępowania karnego oraz jakie są najczęstsze kwalifikacje postawienia ewentualnych zarzutów.

Po krótkiej przerwie, dzięki sponsorowi, którym był bank BZ WBK we Wrocławiu, przekazano dwie abonamentowe karty LegalOperator, uprawniające do rocznej opieki prawnej, dwojgu spośród uczestników szkolenia.

Ostatnia, ponad dwugodzinna część, poświęcona była na dyskusję. Uczestnicy szkolenia mogli zadawać ekspertowi firmy LegalOperator pytania odnoszące się do treści wykładu oraz kwestii prawnych, które w ostatnim czasie dotyczą środowiska medycznego. Pytań było tak wiele, że ze względu na ograniczenia czasowe, na część z nich firma LegalOperator zobowiązała się odpowiedzieć drogą elektroniczną.

Magdalena Przygodzka

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu zatrudni lekarzy specjalistów, lub w trakcie specjalizacji, w dziedzinach: **medycyna ratunkowa, chirurgia ogólna, chirurgia urazowa, choroby wewnętrzne**, do pracy w SOR w 4 WSK z P SPZOZ.

Kontakt: Dział Kadr 4 WSK z P SPZOZ we Wrocławiu, ul R. Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 261 660 215 lub e-mail: kadry@4wsk.pl

Twoja szansa kariery we wszystkich dziedzinach medycyny wewnętrznej

Ty:

- jesteś lekarzem specjalistą lub w trakcie robienia specjalizacji
- jesteś zmotywowany
- mówisz po niemiecku (przynajmniej na poziomie B2)
- szukasz miejsca specjalizacyjnego
- pracujesz chętnie w zespole
- jesteś otwarty na nowe doświadczenia dotyczące pracy w Niemczech

**Zaproszenie na spotkanie
informacyjne w Wrocławiu**

Data: 17.01.17, godz. 18.00
Qubus Hotel Wrocław
Świętej Marii Magdaleny 2,
50-103 Wrocław

Zarejestruj się ze względów organizacyjnych poprzez e-mail
(kontakt@klinikum-westfalen.de)

Oferujemy Państwu:

- ustrukturyzowane możliwości specjalizacji we wszystkich dziedzinach chorób wewnętrznych:
 - o medycyna ogólna
 - o geriatrya
 - o gastroenterologia
 - o kardiologia
 - o pneumologia
 - o diabetologia
 - o etc.
- Atrakcyjne wynagrodzenie
- Pewne miejsce zatrudnienia w jednym z naszych najlepszych zespołów.

Serdecznie witamy.
Państwa miejsce w naszym zespole.

KLINIKUM WESTFALEN

KLINIKUM VEST

KLINIKUM WESTFALEN

KLINIKUM VEST

KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • DORTMUND
KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • LÜTGENDORTMUND
HELLMIG-KRANKENHAUS • KAMEN
KLINIK AM PARK • LÜNEN-BRAMBAUER
KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • RECKLINGHAUSEN
PARACELUS KLINIK • MARL

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w nefrologii trybem dotychczasowym i modułowym na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA
Termin kursu: 06-10.03.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Marian Klinger
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UMW, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, Wrocław

Liczba miejsc: 20 osób

Kurs bezpłatny – 30 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 15 stycznia 2017 r.

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w urologii trybem modułowym na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

ONKOLOGIA UROLOGICZNA
Termin kursu: 20-22.02.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Romuald Zdrojowy
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UMW, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, Wrocław

Liczba miejsc: 10 osób

Kurs bezpłatny – 16 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 5 stycznia 2017 r.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej trybem modułowym na kursy obowiązkowe z listy CMKP:

**WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI
W MEDYCYNIE RODZINNEJ**
Termin kursu: 30.01.-08.02.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Donata Kurpas, prof. nadzw.

OPIEKA NAD SZCZEGÓLNYMI GRUPAMI PACJENTÓW
Termin kursu: 27.02.-10.03.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Maria Magdalena Bujnowska-Fedak, dr Ewa Drabik-Danis

RATOWNICTWO MEDYCZNE
Termin kursu: 03-07.04.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Anna Hans-Wytrychowska, dr Bartosz Sapilak

PRAWO MEDYCZNE
Termin kursu: 05-07.06.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Dagmara Pokorna-Kałwak

Miejsce kursów: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UMW, ul. Syrokomli 1, Wrocław

Liczba miejsc: 20 osób na każdym kursie

Kursy bezpłatne – możliwość punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kursy – do 3 tygodni przed każdym kursem

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl

Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA
(tryb dotychczasowy i modułowy)
Termin kursu: 06-10.02.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Kinga Niewińska
Miejsce kursu: Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, ul. Bujwida 44a

Liczba miejsc: 20 osób

Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 5 stycznia 2017 r.

Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

WPROWADZENIE DO MEDYCYNY RATUNKOWEJ
(tryb modułowy)
Termin kursu: 28.02.-04.03.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Jan Godziński

Miejsce kursu: Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, ul. Bujwida 44a

Liczba miejsc: 25 osób

Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 6 stycznia 2017 r.

Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w diabetologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**ZASADY LECZENIA CUKRZYCY ZA POMOCĄ
CIĄGŁEGO PODSKÓRNEGO WLEWU INSULINY
(CSI-terapia pompowa)**
**ORAZ CIĄGŁEGO POMIARU GLIKEMII (CGMS)
(tryb modułowy)**
Termin kursu: 17-18.02.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Anna Noczyńska
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego UMW, ul. Chałubińskiego 2

Liczba miejsc: 25 osób

Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 10 stycznia 2017 r.

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl

Szczegółowych informacji udziela Małgorzata Bednarska, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: malgorzata.bednarska@umed.wroc.pl



Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 listopada 2016 r.

NR 118/2016

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu udziela pełnomocnictwa dr. n. med. Pawłowi Wróblewskiemu, prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz lek. Małgorzacie Niemiec, skarbnikowi DRL do zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej za rok 2016.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 3 listopada 2016 r.

NR 112/2016

*w sprawie zobowiązania lekarza
do odbycia przeszkolenia w związku
ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu*

NR 114/2016

w sprawie udzielenia zapomogi pieniężnej

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na przyznanie lek. (...) zapomogi pieniężnej w kwocie 5 000 zł, ze środków Komisji Socjalnej.

NR 115/2016

w sprawie druku kalendarza na rok 2017

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na druk kalendarza na 2017 rok, w ilości 1 500 sztuk, za kwotę do 10 000 zł brutto.

NR 116/2016

w sprawie zakupu komputerów

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na zakup komputerów do kwoty 16 800 zł brutto.

Stanowiska Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 3 listopada 2016 r.

NR 6/2016

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu uważa, że nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest konieczna. Przedstawiony do konsultacji projekt zmiany ustawy nie zawiera jednak oczekiwań środowiska lekarskiego w przedmiotowym zakresie. Prezydium DRL negatywnie ocenia propozycję likwidacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Jednocześnie zaproponowane w projekcie rozwiązania organizacyjne stwarzają groźbę znacznego obniżenia poziomu udzielanej pomocy medycznej i mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 20 października 2016 r.

NR 109/2016

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 110/2016

*w sprawie dofinansowania uroczystej Gali Jubileuszowej obchodów 60-lecia istnienia i działalności
Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA Poland*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie uroczystej Gali Jubileuszowej obchodów 60-lecia istnienia i działalności Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA Poland w kwocie 5 000 zł brutto, ze środków Komisji Młodych Lekarzy DRL.

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

Ogłoszenia

**Areszt Śledczy we Wrocławiu, ul. Świebodzka 1,
zatrudni
lekarza po stażu lub w trakcie specjalizacji
na etat mundurowy.**

Szczegółowe informacje na stronie:

www.sw.gov.pl

oraz w dziale organizacyjno-prawnym i kadr
tel. 71 32 72 454.

**Olimpiamed spółka z o.o.
wynajmie**

**gabinety lekarskie na działalność prywatną w nowo
otwartej przychodni**

przy ul. Marca Polo 23

Swojczyce, osiedle Olimpiaport,
tel. 71 728 72 88,
kom. 502 662 624.



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1967

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 13 maja 2017 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu	
13 maja 2017 r. (sobota)	
godz. 10.00	Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)
część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Oratorium Marianum	
godz. 11.00	Śniadanie studenckie – foyer Oratorium Marianum Uniwersytetu Wrocławskiego
godz. 12.00	Otwarcie zjazdu – Oratorium Marianum Uniwersytetu Wrocławskiego
godz. 12.15	Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów Wykład okolicznościowy Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 14.00	Zwiedzanie Wieży Matematycznej i wystawy „300 lat Uniwersytetu Wrocławskiego”
godz. 20.00	Uroczysta kolacja – Haston City Hotel, ul. Irysowa 1-3, 51-111 Wrocław

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
całkowity koszt – 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 200 zł,
tylko część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.01.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1967” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Danuta Żytewicz-Jaruga,
Ziemisław Stępniewski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1972

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 8-10 września 2017 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu	
8 września 2017 r. (piątek)	
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”	
godz. 18.00	Grill przy biesiadnej muzyce
9 września 2017 r. (sobota)	
godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny	
godz. 14.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00	Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój i okolic
godz. 19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00	Bankiet
10 września 2017 r. (niedziela)	
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania	

Oплата za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.01.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1972” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Blizszych informacji udzielają:
Elżbieta Wronecka,
e-mail: ela.wronecka@wp.pl, kom. 509 960 029,
Bożenna Lipska-Kochan, kom. 601 332 152,

Za Komitet Organizacyjny
Bożenna Lipska-Kochan, Elżbieta Wronecka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 26-28 maja 2017 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu	
26 maja 2017 r. (piątek)	
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku	
godz. 19.00	Grill przy biesiadnej muzyce
27 maja 2017 r. (sobota)	
godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Zieleńcu	
godz. 14.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 15.00	Obiad, czas wolny
godz. 19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00	Bankiet
28 maja 2017 r. (niedziela)	
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania	

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.01.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1977 L” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Ponieważ nie posiadamy adresów do wszystkich absolwentów, prosimy w miarę możliwości o rozpropagowanie niniejszego komunikatu wśród Koleżanek i Kolegów.

Za Komitet Organizacyjny
Anna Bartnik, Andrzej Bugajski,
Jolanta Kasperkiewicz,
Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1992

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 2-4 czerwca 2017 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu	
2 czerwca 2017 r. (piątek)	
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku	
godz. 19.00	Grill przy biesiadnej muzyce
3 czerwca 2017 r. (sobota)	
godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Zieleńcu	
godz. 14.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 15.00	Obiad, czas wolny
godz. 19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00	Bankiet
4 czerwca 2017 r. (niedziela)	
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania	

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.01.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1992 L” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL



przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Agata Kot,
Ewa Wesołowska-Szepietowska,
Robert Seifert

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1997**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 września 2017 r. w hotelu Polanica Resort & Spa*** (ul. Górska 2, 57-320 Polanica-Zdrój).

Program zjazdu

22 września 2017 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 września 2017 r. (sobota)

godz. 7.30-10.30 Śniadanie
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

24 września 2017 r. (niedziela)

godz. 7.30-10.30 Śniadanie i pożegnania
Wymeldowanie do godz. 11.00

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.01.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1997” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun, siłownia), jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 10 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Za Komitet Organizacyjny
Izabella Dębowska (Januszewska),
e-mail: debiza@wp.pl

**Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**

UWAGA! ZMIANY NUMERÓW KONT SKŁADKOWYCH

Dolnośląska Izba Lekarska informuje, że w związku ze zmianą banku zajmującego się obsługą finansową DIL z Plus Banku na **Bank PKO BP ulega zmianie numer indywidualnego konta**, na który każdy członek DIL powinien wpłacać składki członkowskie.

**Prosimy o pobranie ze strony internetowej DIL nowego numeru konta:
www.dilnet.wroc.pl/skladki.**

Okres przejściowy będzie trwał do 30.06.2017 r., po tym terminie dotychczasowe konta zostaną zamknięte.

Agata Gajewska,
starszy specjalista ds. składek



KOMISJA STOMATOLOGICZNA
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE



NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII XVIII Konferencja naukowo-szkoleniowa 17-19 MARCA 2017r., hotel AMBER BALTIC, Międzyzdroje

Tematyka konferencji: stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, periodontologia, protetyka stomatologiczna, medycyna ogólna, prawo medyczne.

Szczegóły dostępne na stronie: www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze_dentyści
oraz www.trendy17.pl Szczegółowe informacje: tel. 91 487 49 36 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie elektronicznego formularza zgłoszeniowego i przesłanie go wraz z potwierdzeniem wpłaty – www.trendy17.pl Dane do przelewu: 2 Event Sp. z o.o. nr konta: 83 1140 2004 0000 3702 7570 6670 z dopiskiem „Trendy 2017” Bezkosztowe anulowanie zgłoszenia jest możliwe do 20.01.2017 r. Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne. Ilość miejsc ograniczona. Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie konferencji oraz jej odwołania.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny

„INTELIGENCJA EMOCJONALNA W ZAWODZIE LEKARZA. JAK ZARZĄDZAĆ SWOIMI EMOCJAMI W SYTUACJACH KONFLIKTOWYCH Z PACJENTAMI I/LUB WSPÓŁPRACOWNIKAMI?”

który odbędzie się **28 stycznia 2017 r. (sobota) w godz. 9.00-15.00** w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

**Wykładowca – mgr Anna Masternak, psycholog, trener komunikacji, wykładowca na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym,
konsultant w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka w Warszawie**

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Zagadnienia

Na szkoleniu znajdziecie Państwo odpowiedzi na następujące pytania:

1. jak przejąć panowanie nad swoim samopoczuciem i emocjami w pracy?
2. dlaczego urlop w Tajlandii nie pomaga na długo?
3. co nas tak bardzo denerwuje w innych ludziach?
4. jaka jest dynamika emocji? Kiedy poczucie krzywdy zamienia się w złość?
5. jakie są metody studzenia emocji natychmiast?
6. złośliwie, aluzjynie i sarkastycznie – narzędzia inteligentnych ludzi w kłótni. Czy można inaczej?
7. jak wyrazić złość i niezadowolenie wprost, ale bez ranienia drugiej osoby?
8. kiedy i któredyś „wkręcamy się” w kłótnię? Jakie mechanizmy nas zaślepiają?
9. jakie mamy możliwości zareagowania na agresję?
10. jak uczynić swoje kłótnie czymś innym niż przegadywaniem się?
11. co robić, żeby nie przeżywać sytuacji długie godziny po jej zakończeniu?
12. jak przechodzić z konfliktu do zrozumienia i porozumienia?
13. któredyś droga do opanowania i spokoju w trudnych sytuacjach międzyludzkich?

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl. O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników – 25 osób. W przypadku większej liczby zainteresowanych kursem niż zaplanowana liczba miejsc, zostanie utworzona lista rezerwowa uczestników na kolejną edycję szkolenia.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na warsztaty

pt. „STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”

które odbędą się w następujących terminach:

21 stycznia 2017 r. (sobota)

11 lutego 2017 r. (sobota)

18 marca 2017 r. (sobota)

22 kwietnia 2017 r. (sobota)

13 maja 2017 r. (sobota)

10 czerwca 2017 r. (sobota)

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.
Czas trwania szkolenia – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych).

Wykładowcy: dr n. med. Jacek Smereka i lek. Marek Brodzki

Uczestnikowi warsztatów przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program warsztatów

CZĘŚĆ SEMINARYJNA

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS)
– ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji 2010 – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające w istotnym stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych
4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdleniu wazowagalnym, niedociśnieniu ortostatycznym, zaburzeniach oddechowych, hipoglikemii, napadzie padaczkowym, anafilaksji, toksycznym działaniu leków miejscowo znieczulających
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciwwstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie
– usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach
– resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach
– resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka)
4. Prawidłowo prowadzony pośredni masaż serca
– ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED)
– ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych
– wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski krtaniowej i I-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego
– przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są o PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 18 osób.



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu**

zaprasza na kurs medyczny

„PSYCHOLOGICZNE RÓŻNICE INDYWIDUALNE – ICH ROLA I ZNACZENIE W KOMUNIKACJI LEKARZA Z PACJENTAMI I WSPÓŁPRACOWNIKAMI”

który odbędzie się w następujących terminach:

21 stycznia 2017 r. (sobota)

11 lutego 2017 r. (sobota)

18 marca 2017 r. (sobota)

22 kwietnia 2017 r. (sobota)

13 maja 2017 r. (sobota)

10 czerwca 2017 r. (sobota)

**w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Wykładowca – lek. Dariusz Delikat, psycholog

**Czas trwania kursu – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć
seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych)**

**Uczestnikowi kursu przysługuje
6 punktów edukacyjnych.**

Program kursu

Mimo tego, że każdy z nas jest niepowtarzalny można odnaleźć pomiędzy ludźmi cechy wspólne, np. sposób mówienia, zachowania, odczuwania, analizowania itp. Jesteśmy układanką różnych elementów. Niektóre z nich wyraźnie się wyróżniają, wpisując nas w określoną kategorię lub typ, np. w typ osobowości. Każdy typ, styl, odmiana ma swoje mocne i słabe strony. Wiedza o nich pozwala na skuteczne oddziaływanie nie tylko na otaczających nas ludzi, w tym współpracowników i pacjentów, ale także na samego siebie.

Część teoretyczna

1. Różnice indywidualne: teorie osobowości, typy temperamentów, style poznawcze
2. Diagnoza własnych preferencji psychologicznych
3. Klucze dostępu do różnych typów pacjentów
4. Psychologiczne gry pacjentów – rozpoznawanie i reagowanie

Część praktyczna

1. Rozpoznawanie psychologicznych typów pacjentów
2. Efektywne komunikacja z pacjentami o różnych charakterystykach psychologicznych – budowanie relacji, wpływanie na poglądy, decyzje, zachowania
3. Rozpoznawanie i umiejętne odpowiadanie na psychologiczne gry pacjentów
4. Identyfikacja własnych preferencji psychologicznych i wykorzystywanie ich w budowaniu relacji interpersonalnych oraz zarządzaniu sobą

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału
w warsztatach proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE
zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl. O uczestnictwie
decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba
uczestników w jednym terminie – 25 osób.**

KATEDRA I KLINIKA

**ANGIOLOGII, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I DIABETOLOGII
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU
www.ang.nt.diab.umed.wroc.pl**

ANGIO-DIABETOLOGIA

**IV Dolnośląska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
„CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE W OBRAZIE
POWIKŁAŃ NACZYNIOWYCH CUKRZYCY”, część II**

**11 marca 2017 r. – Wrocław
hotel „Mercure”, pl. Dominikański 1**

PATRONAT HONOROWY



**UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU**

Szanowni Państwo

Ośrodek Wrocławski zaprasza na kolejną – IV edycję Dolnośląskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej poświęconej ANGIO-DIABETOLOGII, która odbędzie się 11 marca 2017 roku we Wrocławiu.

Tegoroczne spotkanie stanowi kontynuację ważnego zagadnienia jakim są choroby autoimmunologiczne współistniejące z cukrzycą.

Należy mieć świadomość, że właśnie ta grupa chorób w przypadku koincydencji z zaburzeniami węglowodanowymi w zasadniczy sposób kształtuje obraz powikłań naczyniowych u tych pacjentów.

Trudny niewątpliwie problem kliniczny pozostaje istotnym wyzwaniem dla współczesnej angio-diabetologii.

Należną uwagę poświęcono diagnostyce i leczeniu wybranych przypadków hospitalizowanych w klinice. Praktyczny aspekt konferencji z pewnością wzbogaci spotkanie i zachęci lekarzy wielu specjalności do ożywionej dyskusji.

Do zobaczenia w Kompleksie Dominikańskim we Wrocławiu

**prof. dr hab. med. Rajmund Adamiec
przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego**

TEMATY

- RZS-vasculitis w przebiegu cukrzycy
- Powikłania naczyniowe cukrzycy akcelerowane przez aktywną postać układowego tocznia rumieniowego
- Zapalenie aorty a cukrzyca – zagrożenie życia uwarunkowane zróżnicowaną patogenezą powikłania
- Twardzina układowa a powikłania naczyniowe – trudny problem medyczny w cukrzycy
- Sarkoidoza w obrazie cukrzycowego zapalenia tkanek miękkich
- Limfadenopatia wywołująca zapalenie naczyń u chorego z makroangiopatią cukrzycową
- Sklerodermia jako czynnik dynamizujący proces miażdżycowy
- Cukrzyca i rozległe owrzodzenia podudzi w przebiegu krioglobulinemii mieszananej
- Zapalenie wątroby wiktane vasculitis w cukrzycy
- Zapalenie naczyń o szczególnie agresywnym przebiegu u młodego mężczyzny z cukrzycą

**Rejestracja i informacje na stronie:
www.ang-diab.icongress.pl**

**Biuro Organizacji Konferencji:
InspireCongress sp. z o.o.
tel. 71/ 780 90 52, e-mail: biuro@inspirecongress.pl**

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

„Daily Telegraph” pisze o raniionych Francuzach i Niemcach w Beaugency: Masy żołnierzy raniionych w bitwach pomiędzy wielkim księciem i generałem Chanzy marło z głodu. Przeniesiono ich do Beaugency, gdzie leżeli od trzech dni i trzech nocy na pół zatopieni we własnej krwi, nie mając nic do jedzenia i nie mając nawet ani kropli wody.

Za żadne pieniądze nie można było kupić żywności w Beaugency albo w wioskach okolicznych. Stusześdziesięciu żołnierzy ciężko raniionych leżało tam w podziemiach klasztoru Urszulin; drugie tyle znajdo-

wało się ich w teatrze. Każdy dom miał od 6-ciu do 12-tu nieszczęśliwych; ale był tylko jeden chirurg dozorujący siedmiuset raniionych. Woń w domach była okropna; gangrena i zgnilizna wszędzie; większa część raniionych gniła jeszcze przed śmiercią.

Pomiędzy licznymi jeńcami francuskimi, w Głogowie i okolicach internowanymi, ospa od niejakiego czasu zaczęła się szerzyć gwałtownie. Liczba chorych do dnia 22-go stycznia r. b. wynosiła 224, z których 28 zmarło.

**„Przegląd Lekarski”
1871, X, 87-88**

**excerpta selegit
Andrzej Kierzek**



Zapiski emeryta

Suplementy

– Mamo, to śniadanie było oczywiście przepyszne, ale babcia dodaje mi jeszcze do niego garść witamin, pokruszoną nadmorską skałę i zmiażdżone skorupki ślimaków z Borneo!

– Kochana córeczko, garść witaminek zjadłś w rzodkiewce, szczypiorku, jabłuszku i kromce grahama. Pokruszona skała (dolomit) i skorupki to sole magnezu i wapnia, które znajdują się choćby w jajkach, serku czy mięsku z żabich udek. Pojedźmy zimą na narty w Dolomity, a latem nazbierasz muszelek nad Pacyfikem...

Na oddziały szpitalne trafiają teraz pacjenci, którzy zamiast spacerować oglądają TV i zażerają się promowanymi zestawami witamin. Dziwimy się, skąd takie stężenia wapnia, magnezu, skąd kamica nerkowa – okazuje się, że chory opychał się „zdrowymi” tabletkami! Po takiej kuracji witaminy D jest w ich organizmach tyle, co w tłuszczu wieloryba. Jedna z pacjentek w celach odchudzających – otyła była wyłącznie w swoim mniemaniu – przyjmowała tajemnicze serum. Po kilku miesiącach miała trudności w poruszaniu się, z czasem przestała chodzić, stwierdzono silne bóle brzucha, mdłości, wymioty, uszkodzenie nerek. Okazało się, że to serum miało w sobie ogromne ilości chromu! – po prostu zatrzała się tym pierwiastkiem. Ale serum było w istocie skuteczne, chora schudła.

W normalnej diecie każdego plemienia żyjącego kilkaset lat na określonym terenie znajduje się wszystko, co jest potrzebne do życia, no może czasem trzeba polizać trochę soli jodowanej, dodać pierpru i curry...

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Najstarszy wrocławski Klub Rotary, jeden z trzech istniejących we Wrocławiu, świętował swoje 25-lecie. Z tej okazji jego dawny prezydent dr Adam Józef Dziąsko zorganizował weekend kultury rotariańskiej, którego kulminacyjnym momentem był koncert Niemieckiej Orkiestry Rotariańskiej w Narodowym Forum Muzyki. Cała, wielka sala Forum wypełniła się gośćmi, a dochód z imprezy przeznaczony został na wsparcie projektu „Pośpiewaj mi mamo, pośpiewaj mi tato”. Orkiestra jest fenomenem charakterystycznym dla społeczeństwa niemieckiego. Składa się z amatorów, którzy zawodowo nie parają się muzyką. Spotykają się kilka razy w roku i opracowują specjalny program. Tym razem na własny koszt przyjechali do Wrocławia kilka dni wcześniej i przygotowali VIII Symfonię Beethovena. Solistą koncertu był młody polski pianista Kamil Piotr Grabowski, o którym na pewno jeszcze usłyszycie. Oba wykonania wzbudziły duży aplauz wśród publiczności, szczególnie spodobały się zaś kilkujęzyczne zapowiedzi po wodzą Dawida Kutryna, w wykonaniu studentów z wymiany rotariańskiej. Jest to moim zdaniem jedno z ważniejszych osiągnięć Rotary. Wymiana umożliwia nastoletnim młodym ludziom roczny pobyt w krajach zamorskich (USA, Kanada, Australia, Meksyk, Brazylia), w czasie którego mieszkają u rodzin rotariańskich i uczęszczają do szkoły, poznając język i zwyczaje kraju. W zamian za to gościmy w Polsce na podobnych zasadach tzw. „wymieńców”, którzy poznają nasz język i zwyczaje. W czasie obchodów 25-lecia mogliśmy obejrzeć na placu Solnym występy folklorystyczne i wystawę obrazującą liczne charytatywne

osiągnięcia rotariańskie. W sali witrażowej Starej Giełdy mogliśmy posłuchać niezwykłego koncertu w wykonaniu zespołu Sygit Band, którego szef Maciej Sygit jest też zasłużonym rotarianinem.

Od kilku lat „kwitnie” w Polsce uprawa winorośli. Zajmujący się propagowaniem tego trunku w naszym kraju Dom Wina z Krakowa zorganizował promocję win podkarpackich. Okazuje się, że w okolicach Jasła i Krosna znajduje kilkadziesiąt winnic, które od kilkunastu lat produkują całkiem niezłe białe wina, a najbardziej doświadczeni winiarze wytwarzają również wina czerwone. Dwór w Komborni, który był naszą siedzibą w czasie pobytu na Podkarpaciu, zapewniał godziwe warunki do degustacji win. Winiarze zachwycili nas swoją wiedzą, zaangażowaniem, a niektórzy wysokim standardem wzniesionych winiarni i sposobem przygotowania degustacji. Mogę tylko powiedzieć, że w ciągu dwóch dni udało nam się zdegustować 52 gatunki wina.

Przedłużony weekend, w związku z przypadającym w piątek Świętem Niepodległości, sprzyjał krótkim wyjazdom. Ponieważ nie byliśmy do tej pory w Kopenhadze, postanowiliśmy ją odwiedzić. Tanie loty zachęcające do opuszczenia Wrocławia nie były wcale takie tanie, więc wybraliśmy jako miejsce wylotu Berlin. Lot był o wiele tańszy i trwał zaledwie 45 minut. Kopenhaga okazała się przytulnym miastem wielkości Wrocławia, a jednocześnie – ze względu na wielowiekową stołeczność – miastem bardzo reprezentacyjnym. Wnętrze Pałacu Królewskiego, łącznie z salą tronową, robią duże wrażenie. Właściciele browaru Carlsberg zafun-

dowali miastu wspaniały budynek w stylu klasycystycznym, gdzie zebrali imponujące zbiory greckich i rzymskich rzeźb. Nie zabrakło też zbiorów malarstwa duńskiego i francuskich impresjonistów. Rzeźba była silną stroną Duńczyków, a to za sprawą Bertela Thorvaldsena, który posiada tuż obok Pałacu Królewskiego swoje muzeum. Mistrz przebywał przez 40 lat w Rzymie, gdzie zasłynął jako wspaniały rzeźbiarz. A pod koniec życia osiadł w Danii, a król duński Fryderyk VII przetransportował specjalną fregatą wszystkie jego wspaniałe prace. Thorvaldsen zaprojektował też dwa najbardziej znane warszawskie pomniki: Mikołaja Kopernika na Krakowskim Przedmieściu i księcia Józefa Poniatowskiego przed Pałacem Prezydenckim. Oba mają bardzo ciekawą historię. Niemcy zniszczyli pomnik M. Kopernika w czasie II wojny światowej, a Kopenhaga w roku 1952 podarowała Warszawie nowy pomnik odlany według wzoru znajdującego się w muzeum. Monument przedstawiający księcia Józefa Poniatowskiego znalazł się w Warszawie dopiero 100 lat po wykonaniu dzieła, gdyż władze carskie nie pozwoliły umiejscowić go w mieście po powstaniu listopadowym. Trafił tam dopiero po odzyskaniu niepodległości po I wojnie światowej. Muszę z satysfakcją przyznać, że oba nasze pomniki należą do największych i najpiękniejszych wykonanych przez Thorvaldsena. Był on wielkim przyjacielem Polski i Polaków. Miło było chodzić po tym pięknym muzealnym gmachu.

Życzę Wam wielu takich polskich wrażeń w czasie urlopowych wojaży.

Wasz Bywalec



Koleżance **Małgorzacie Szymańskiej-Ząbek**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Kola Terenowego Lekarzy
w Dzierżoniowie

Koledze **Krzysztofowi Ośkiewiczowi**
szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Kola Terenowego Lekarzy
w Dzierżoniowie

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że zmarł nasz Kolega

lek. Wojciech Fitas

specjalista anestezjologii i intensywnej terapii,
absolwent Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1991.
Przyjaciele ze studiów

Lek. **Mieczysławowi Pliszce**
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Matki

składają koleżanki i koledzy z Kola Lekarskiego DIL
przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu

Pani **Profesor dr hab. Wandzie Lubczyńskiej-Kowalskiej**
wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci

Męża Andrzeja

składają współpracownicy
z Katedry I Kliniki Gastroenterologii UM we Wrocławiu

Drogiej Koleżance **dr Annie Banaś**
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Męża Sylwestra

składają koleżanki i koledzy, rocznik 1966

27 listopada 2016 r. zmarł po ciężkiej chorobie

lek. Jan Zawieja

pediatra neonatolog
o czym zawiadamia pogrążona w smutku
Rodzina

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że
21 września 2016 r. zmarł nasz Kolega i Przyjaciel

lek. Andrzej Ochlewski

założyciel i wieloletni dyrektor Szpitala Kolejowego
Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie
składają koleżanki i koledzy z rocznika 1945

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że
29 października 2016 r. odszedł na wieczny dyżur

śp. Zbigniew Wasilewski

chirurg, lekarz Oddziału Chirurgicznego MSW we Wrocławiu
Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy ze Szpitala MSW we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że
18 listopada 2016 r. zmarł

lek. Zenon Bucki

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie
składają
lekarze z Delegatury DIL oraz Koło Seniorów w Jeleniej Górze

PODZIĘKOWANIA

Podziękowanie dla **Szanownych Koleżanek i Kolegów z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej** za okazane wsparcie finansowe w zakupie elektrycznego wózka inwalidzkiego.

lek. stom. **Elżbieta Jabłońska-Cankowa**
◆◆◆◆

Wyrazy wdzięczności i podziękowania Panu **dr. hab. Bogdanowi Czapidze, ordynatorowi Klinicznego Oddziału Neurochirurgii 4 WSK we Wrocławiu** za podjęcie się oraz przeprowadzenie 06.10.2016 r. bardzo długiego, skomplikowanego zabiegu usunięcia guza lewego kąta mostowo-mózdkowego nerwu VIII z uwagi na umiejscowienie, a przede wszystkim jego ogromny wymiar – przekraczający 4 stopień. Dzięki doświadczeniu i zaangażowaniu dr. hab. B. Czapigi zabieg, który wymagał niezwyklej precyzji, intuicji, umiejętności neurochirurgicznych, zakończył się pełnym sukcesem bez uszkodzenia nerwów. **Dziękujemy również całemu zespołowi neurochirurgów biorących udział w zabiegu wraz z dr. hab. B. Czapigą.**

Wdzięczny pacjent **Maciej Pernak z rodziną**

Składam gorące podziękowania za leczenie i fachową opiekę całemu zespołowi Ośrodka Chorób Serca 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Pragnę wyrazić uznanie i szacunek **prof. Waldemarowi Banasiakowi, prof. Piotrowi Ponikowskiemu i prof. Krzysztofowi Reczuchowi**, któremu dziękuję za przeprowadzenie z sukcesem trudnej i nowatorskiej operacji. Jestem wdzięczny **dr. Robertowi Zymlińskiemu i lek. Katarzynie Młynarskiej** za troskliwą opiekę. Zawdzięczam Państwu ocalenie życia.

◆◆◆◆

Wyrazy uznania i szacunku dla Pana **prof. dr. hab. n. med. Dariusza Patkowskiego** oraz **Pana dr. Mateusza Palczewskiego** za profesjonalnie przeprowadzony zabieg operacyjny i troskliwą opiekę nad naszą córką Marysią.

Serdeczne podziękowania dla całego personelu medycznego Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej SPSK nr 1 za otwartość, okazaną pomoc i życzliwość.

Katarzyna i Oskar Jachimczukowie

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay

Serdecznie dziękuję Panu **dr. Mateuszowi Głodowi** za profesjonalnie przeprowadzoną operację, zaangażowanie i troskliwą opiekę. Składam też wyrazy uznania dla całego zespołu Oddziału Chirurgii Ogólnej w Trzebnicy.

Stanisław Rynkowski
◆◆◆◆

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Pani **dr. n. med. Dorocie Radziszewskiej**, ordynator Oddziału Nefrologii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, za troskliwą opiekę, profesjonalną diagnostykę oraz życzliwość i wyrozumiałość.

Aleksandra Niemiec, studentka medycyny



Specjalista organizacji ochrony zdrowia,
specjalista ginekologii i położnictwa,
były kierownik Wydziału Zdrowia
miasta Wrocławia, wieloletni dyrektor
Szpitala Kolejowego we Wrocławiu
05.06.1923-20.09.2016 r.



Fot. z archiwum E.B.

Lek. Józef Andrzej Ochlewski

20 września 2016 r., w wieku 93 lat, odszedł na wieczny dyżur lek. Józef Andrzej Ochlewski, nasz Kolega i Przyjaciel. 1 października br. pożegnaliśmy Go na cmentarzu Osobowickim.

W przemówieniu podkreślano, że był pierwszym i wieloletnim dyrektorem Szpitala Kolejowego. Szpitala który służył środowisku kolejarzy, nie tylko z Dolnego Śląska. Był twórcą legendy tej placówki, stanowiącej chlubę naszego miasta. 24 października 2016 r. minęło 46 lat od oficjalnego otwarcia Szpitala Kolejowego.

Lek. Józef Andrzej Ochlewski miał bardzo bogaty życiorys. Od czerwca 1942 r. był czynnym członkiem Związku Harcerstwa Polskiego (w stopniu harcerz orli). Od jesieni 1939 r. działał w konspiracji ZWZ (AK). Był poszukiwany przez Gestapo. Został aresztowany i skazany w 1943 r., wywieziono Go do obozu na Majdanku, a następnie do Gross-Rosen (1944.). 8 maja 1945 r. obóz, w którym przebywał, został wyzwolony przez wojska alianckie.

Działał w wielu organizacjach społecznych, sportowo-turystycznych oraz zawodowych. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Był pomysłodawcą i wieloletnim współorganizatorem spotkań rocznika 1945.

Cześć Twojej pamięci niezapomniany Kolego!

dr med. Ewa Bohdanowicz

Pamięci lek. Józefa Andrzeja Ochlewskiego – mowa pożegnalna

Drogi Panie Doktorze

Pospieszyles się. 24 października minęło 46 lat od oficjalnego otwarcia Szpitala Kolejowego we Wrocławiu, który służył środowisku kolejarzy z Dolnego Śląska i nie tylko. Zostałeś jego pierwszym dyrektorem, byłeś twórcą legendy tej placówki i jej wieloletnim szefem.

„Stoi na stacji lokomotywa...” – „lokomotywa niebieskiego pociągu”. Jesteś już w tym pociągu, razem z dr. Stanisławem Matyssem, pomysłodawcą utworzenia szpitala, z dr. Leszkiem Stysiem, z Wiesiem Sołtysem, pierwszym zastępcą ds. lecznictwa, z pierwszymi ordynatorami: Tomaszem Ciskiem, Władysławem Dobrzyckim, Pawłem Sidorskim, Jurkiem Szkarłatem i z Antosiem Pyziołem. Są w tym pociągu kolejni ordynatorzy i ich zastępcy: Maryla Dyczkowska, Marta Torosiewicz, Mietek Szot, Staszek Olszak, Andrzej Manowski, Leon Kulpa, Romek Niebyłowicz, a także ich współpracownicy: lekarze, pielęgniarki i panie salowe. Dr Iza Puziewicz, szefowa laboratorium; Janusz Wieżel, pierwszy szef izby przyjęć i Jurek Kupniewski, jej sanitariusz. Piotr Boroń, pierwszy szef radiologii i jego następca Michał Sobczak i Heniek Kałwak, nasz anatomopatolog. Jest tam p. Mieczysław Roszkowski i Zygmunt Rotter, odpowiedzialny za administracyjno-techniczne aspekty funkcjonowania szpitala.

Do Szpitala Kolejowego przychodziliśmy z różnych wrocławskich ośrodków klinicznych i szpitalnych, a Ty w krótkim czasie stworzyłeś nową jakość medycyny wrocławskiej. Zachęcałeś nas do tworzenia przyjaznej atmosfery, dobrze pojętej solidarności, odpowiedzialności w codziennej pracy i zawiązywania przyjaźni. A co najważniejsze, uczyniłeś ten szpital przyjazny pacjentom, usuwając tak powszechne, absurdałne rygory koszarowe. Razem przywracaliśmy pacjentom podmiotowość i okazywaliśmy im szacunek. Razem z personelem uczyniłeś szpital chlubą miasta, szpital o którym głośno było też w tamtych latach w Polsce. Być może nie myślałeś, że stworzyłeś placówkę, której dewizą mogłyby być słowa pewnego Samarytanina wypowiedziane do właściciela gospody, którego opiece powierzał ocalonego, a pokiereszowanego przez zbójców podróżnego: „Miej nad nim pieczę, a cokolwiek ponad to wydasz, ja, gdy się wrócę, oddam tobie”.

Często różniliśmy się Doktorze – nie tylko w sprawach zawodowych. Niekiedy było ostro, ale nigdy nie przekroczyliśmy granic szacunku i lojalności, a Ty w czasach najtrudniejszych nie zawiodłeś, chroniłeś.

Cichnie gwizd lokomotywy. Pociąg się oddala. Stoję na peronie i żegnając Cię, a po policzkach spływają rzewne łzy... Niech Maszynista Wszechświata prowadzi Twój pociąg NIESAMOWITY DYREKTORZE.

Bohdan Słończewski

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jaroś, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – starszy specjalista
tel. 71 798 80 52/54

inż. Magdalena Smolis – specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

Księgowość

mgr Agnieszka Floreka – główna księgowa,
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70
mgr Joanna Mańturzyk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna, Finansowa i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkowicz – specjalista, tel. 71 798 80 57,
Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczynska – starszy referent, tel. 71 798 80 82
mgr inż. Weronika Sobolewska

– specjalista 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68
Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńkiej

Ewa Świerksa

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńkiej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68
poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – starszy specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyna-Lukasiak
poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62
środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bieleńska – kierownik, tel. 71 798 80 77,
mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,
Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,
mgr Iwona Podoba – starszy referent, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,
Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyca

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej
Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej
Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej
Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Człowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej
Ryszard Kepa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

ZATRUDNIĘ

◆ Klinika stomatologiczno-lekarska zatrudni lekarzy stomatologów oraz okulistę z możliwością kształcenia i rozwoju, tel. 71 31 64 028.

◆ Prywatne Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni stomatologa, ortodontę, chirurga lub pedodontę. Wymagana własna działalność gospodarcza. Pacjenci prywatni. Kontakt: tel. 691 490 106, e-mail: prezes31313131@gmail.com

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Łagiewniki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej, nawiążę współpracę z chirurgiem i periodontologiem, tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

◆ Ortodonta – specjalistyczna klinika ortodontyczna zatrudni młodego lekarza po/w trakcie specjalizacji lub lekarza dentystę zajmującego się lub chcącego zajmować się ortodontą. Praca w zgranym młodym zespole. Możliwość rozwoju pod okiem doświadczanego specjalisty. Zapewniamy mieszkanie. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com

◆ Nowoczesna, prężnie działająca klinika stomatologiczna zatrudni młodego, ambitnego, chętnego do rozwijania swoich umiejętności lekarza dentystę. Zapewniamy bardzo dobrze wyposażony gabinet, pracę na 4 ręce, program szkoleń specjalistycznych, bardzo dobre zarobki. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Kontakt: tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com

◆ Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu zatrudni od zaraz na dogodnych warunkach lekarzy specjalistów w zakresie neurologii, tel. 75 738 02 23, 605 587 237.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Krzyki. Posiadamy własną pracownię protetyczną, tel. 507 650 105.

◆ Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy chcąc zapewnić swoim pacjentom najwyższą jakość i dostępność świadczeń medycznych, prowadzi stały nabór personelu lekarskiego. Zatrudnimy: na dyżury w pogotowiu ratunkowym lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji, na dyżury na oddziale rehabilitacji neurologicznej specjalistów chorób wewnętrznych, do poradni ginekologiczno-położniczej, dyżury na oddziale ginekologiczno-położniczym specjalistów ginekologii i położnictwa. Kontakt: tel. 71 776 73 24, e-mail: sekretariat@pzsolsnica.pl

◆ NZOZ Przychodnia Promed poszukuje do pracy lekarza dentystę (mile widziane doświadczenie). Oferujemy pracę w miłej atmosferze, przy użyciu profesjonalnego sprzętu, w nowoczesnie urządzonych i wyposażonych gabinetach (RVG, mikroskop). Tylko prywatni pacjenci. Jesteśmy otwarci na wszelkie formy współpracy. Kontakt: Jacek Gala, tel. 601 573 747, e-mail: rejestracja@promed-opole.pl

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia, tel. 603 33 70 20, e-mail: sekretariat@nzozzdrowie.com.pl

◆ Poszukujemy lekarzy do stacjonarnej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii w dowolnej formie zatrudnienia. Placa i wymiar czasu pracy do uzgodnienia. Kontakt 726 112 222.

◆ Całodobowa pomoc lekarska poszukuje chętnych lekarzy: specjalistów lekarzy rodzinnych, pediatrów, internistów lub specjalizujących się po drugim roku ww. specjalizacji do współpracy polegającej na wykonywaniu wizyt domowych na zlecenie. Chętnych prosimy o kontakt 601 708 345.

OGŁOSZENIA DROBNE

◆ Klinika Stomatologiczna we Wrocławiu poszukuje do współpracy lekarzy stomatologów. Mile widziane doświadczenie z zakresu protetyki i/lub endodoncji mikroskopowej. Oferty CV proszę przysłać na adres e-mail: rekrutacja.stom@onet.pl

◆ Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni lekarza stomatologa. Pacjenci prywatni i NFZ, tel. 502 661 523.

◆ Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu zatrudni od zaraz na dogodnych warunkach lekarzy internistów do pracy na oddziale chorób wewnętrznych, tel. 75 738 02 23, 605 587 237.

◆ Praca dla lekarzy stomatologów: www.supradent.com.pl/praca.Zapraszamy. ◆ NZOZ w Jeleniej Górze zatrudni lekarza do pracy w POZ dla dorosłych. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia. Kontakt telefoniczny 605 410 795.

◆ Poszukuję lekarza do pracy w POZ w centrum Wrocławia, w godzinach popołudniowych. Wymagana specjalizacja z medycyny rodzinnej lub w trakcie. Atrakcyjne wynagrodzenie. Kontakt: tokuc@wp.pl, tel. 501 272 130.

◆ Przychodnia, okolice Wrocławia, nawiąże współpracę z ortodontą oraz lekarzem pracującym z mikroskopem – raz w tygodniu, tel. 731 250 382.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wleniu zatrudni lekarza do pracy w POZ, kontakt telefoniczny: 604 876 506 lub 757136 298 lub e-mail: prwlen@wlen.pl

◆ Namysłowski Centrum Zdrowia SA pilnie zatrudni lekarza pediatrę na umowę cywilnoprawną i dyżury oraz lekarzy do świadczenia usług lekarskich w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Kontakt: lekarz naczelny, kom. 602 247 716 oraz dyrektor ds. administracyjnych, kom. 695 421 936.

◆ Nowoczesne, z dużą bazą pacjentów Centrum Stomatologiczne SILVERMED w Lubaniu zatrudni ambitnego lekarza dentystę, z możliwością podnoszenia kwalifikacji zawodowych w profesjonalnym i miłym zespole. Oferujemy bardzo dobrze wyposażony gabinet (RTG pantomograficzny, RVG, mikroskop), praca na 4 ręce, możliwość wyboru formy zatrudnienia, atrakcyjne wynagrodzenie, szkolenia specjalistyczne. Zapewniamy w pełni urządzone mieszkanie 2-pokojowe w pobliżu gabinetu, www.luban-dentysta.pl, tel. 790 258 392, e-mail: silvermed@tlen.pl

◆ Poszukujemy do naszego zespołu ambitnego lekarza stomatologa, chcącego stale podnosić swoje kwalifikacje. Oferujemy pracę na nowoczesnym sprzęcie (CEREC, CBCT, mikroskop Zeiss) z wyszkoloną asystą. Oferujemy pomoc w znalezieniu mieszkania. Gabinet w Lubaniu (dolnośląskie) blisko granicy polsko-niemieckiej i polsko-czeskiej. CV proszę wysłać na adres: stomatologia-jastrzebscy@gmail.com. Kontakt telefoniczny: 888 999 984.

◆ Prywatny gabinet w Siechnicach podejmie współpracę z ortodontą na 1 cały dzień w miesiącu. Kontakt tel. 728 899 921.

◆ Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu pilnie zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie ginekologii i położnictwa, urologii i mgr. farmacji. Kontakt: WS SPZOZ w Zgorzelcu, ul. Lubańska 11-12, tel. 571 334 975, 571 334 887.

◆ Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu zaprasza lekarzy do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury w zakresie: chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, medycyny ratunkowej, chorób zakaźnych. Proponujemy: zatrudnienie na umowę o pracę na czas trwania specjalizacji w pełnym wymiarze czasu pracy, zatrudnienie w ramach umowy cywilnoprawnej, premiovany system wynagradzania, tel. 75 738 02 23, 605 587 237.

◆ Centrum stomatologiczne w Twardogórze zatrudni lekarza dentystę. Blisko Wrocławia – 40 minut. Doskonałe wyposażenie, praca na 4 ręce. Możliwość rozwoju. Pacjenci w ramach NFZ i prywatnie. Świetne warunki placowe, tel. 604 500 967.

◆ Gabinety Stomatologiczne w Świdnicy podejmą współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie stomatologii zachowawczej z endodoncją i dziecięcej, tel. 664 932 246.

SZUKAM PRACY

◆ Jestem po studiach poddyplomowych dla lekarzy, dziesiątek kursów i konferencji z zakresu medycyny estetycznej, posiadam 6-letnie doświadczenie (tysiące zabiegów), nawiązę współpracę z gabinetami/klinikami, e-mail: michal85wnuk@gmail.com

◆ Neurolog szuka pracy na terenie Wrocławia z umową o pracę, kom. 512 220 633.

INNE

◆ Do wynajęcia nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze, telefon kontaktowy: 501 298 788.

◆ Sprzedam lub wydzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Sprzedam przychodnię lekarską POZ w Bielawie z aktualnymi kontraktami, tel. 509 326 026.

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia, ul. Glińska 32/34, Wrocław, tel. 609 274 887.

◆ Do wynajęcia nowy, klimatyzowany gabinet stomatologiczny we Wrocławiu, ulica Jedności Narodowej. Możliwość korzystania z poczekalni, zaplecza socjalnego, toalety dla niepełnosprawnych itp., tel. 609 841 741.

◆ Wynajmę gabinet stomatologiczny we Wrocławiu przy ul. Ślicznej (35 m²), tel. 669 993 936.

◆ Do sprzedania używane: Autoklaw Melag 23, 2006, stan idealny, zgrzewarka Melag, RTG punktowy stomatologiczny Trophy (2002) z RVG (radiowizjografią), 2010, stan bardzo dobry, Unit stomatologiczny szwedzki Cacan, 2000, stan bardzo dobry, dwa fotele stomatologiczne Żywiec pneumatyczne, 2006. Kontakt: 601 557 769.

◆ Sprzedam drzwi do RTG z roku 2015. W gabinecie stomatologicznym, używane – 1 rok. Sprzedaż z powodu przeprowadzki. Drzwi z atestami firmy MODESTA. Wymiary 80x200, prawe. Drzwi wykonane z wkładem ołowianym (Pb) o grubości 1 mm, kolor biały. Do stomatologii wymagana grubość 0,5 mm. Cena oferowana 1 500 zł brutto. Możliwość montażu we Wrocławiu za cenę 250 zł. Aktualna cena w firmie MODESTA 3 154 zł brutto, dowóz 350 zł netto, montaż 400 zł. Kontakt: prokurent NZOZ MARGO Kowalski Romuald, tel. 500 064 083.

◆ Do sprzedania meble do recepcji gabinetu lekarskiego lub innego, 2010, stan idealny, dwa fotele biurowe. Kontakt: 601 557 769.

◆ Wynajmę wyposażony gabinet stomatologiczny w Dzierżoniowie, tel. 601 932 064.

◆ Do podjęcia wyposażony gabinet stomatologiczny na Muchoborze ze wszystkimi wymaganymi zezwoleniami. Kontakt: do 18 stycznia 2017 r. wyłączenie e-mail: stom.orto@gmail.com, kom. 664 467 222.

◆ Sprzedam pełne wyposażenie gabinetu stomatologicznego po likwidacji. Cena 12 500 zł. Informacja: 601 892 622.

◆ Wynajmę gabinet w przychodni lekarza rodzinnego we Wrocławiu, ul. św. Wincentego 39/2 dla lekarza i dietetyczki, tel. 71 322 38 55..

ekonomed
biuro rachunkowe

Księgowi
Medycznie najlepsi!

Prowadzimy rozliczenia z NFZ.
Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze księgowej oraz kadrowo-płacowej podmiotów medycznych.
Gwarantujemy wiarygodność, bezpieczeństwo, profesjonalizm, spersonalizowane podejście.
Zapraszamy do kontaktu!

☎ +48 607 671 761
✉ ekonomed@ekonomed.pl
🌐 ekonomed.pl

Ekonomed Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych, AL Kasprowicza 46, Wrocław (budynek Autogieldy)

Wesołych Świąt

Najserdeczniejsze życzenia radosnych, pełnych ciepła i nadziei Świąt Bożego Narodzenia oraz wszelkiej pomyślności i wytrwałości w realizacji planów w nadchodzącym 2017 roku życzy

 

Terminy dyżurów

prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00
wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30
sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00
skarbnik Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00
Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00
Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00
Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00
Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,
wtorek, 10.00-12.00
przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

INTER Tour 365

Roczne ubezpieczenie turystyczne dla przedstawicieli zawodów medycznych.

- kupujesz ubezpieczenie na rok, płacisz jedną składkę, a wyjeżdżasz ile chcesz
- w wariantcie rodzinnym ochrona dla całej rodziny
- nie musisz zgłaszać wyjazdu
- kupując polisę razem ze swoim ubezpieczeniem zawodowym uzyskasz atrakcyjną zniżkę
- suma ubezpieczenia kosztów leczenia 250 000 zł

Poczuj się bezpiecznie

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. - Oddział Wrocław
50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45 (Dom Lekarza)

ZADZWOŃ: 71 798 80 58, 71 798 80 66, 71 798 80 71

ZAPYTAJ O OFERTĘ: ubezpieczenia@dilnet.wroc.pl,
wroclaw@interpolska.pl
www.interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA



VOLVO IS COMING

Odkryj Volvo XC60 **dostępne od ręki**

ZYSKAJ

35 500 zł

Odwiedź najbliższy Autoryzowany
Salon Volvo, by poznać szczegóły promocji.

www.volvocars.pl

Szczegóły oferty u dealerów Volvo. Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu cywilnego.
Prezentowane zdjęcia są przykładowe i mogą obejmować wyposażenie dodatkowe nieujęte w wycenie.

INTER-CAR BIELANY
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Wrocławska 1
Bielany Wrocławskie

T: (71) 722 10 10
www.intercar.dealervolvo.pl